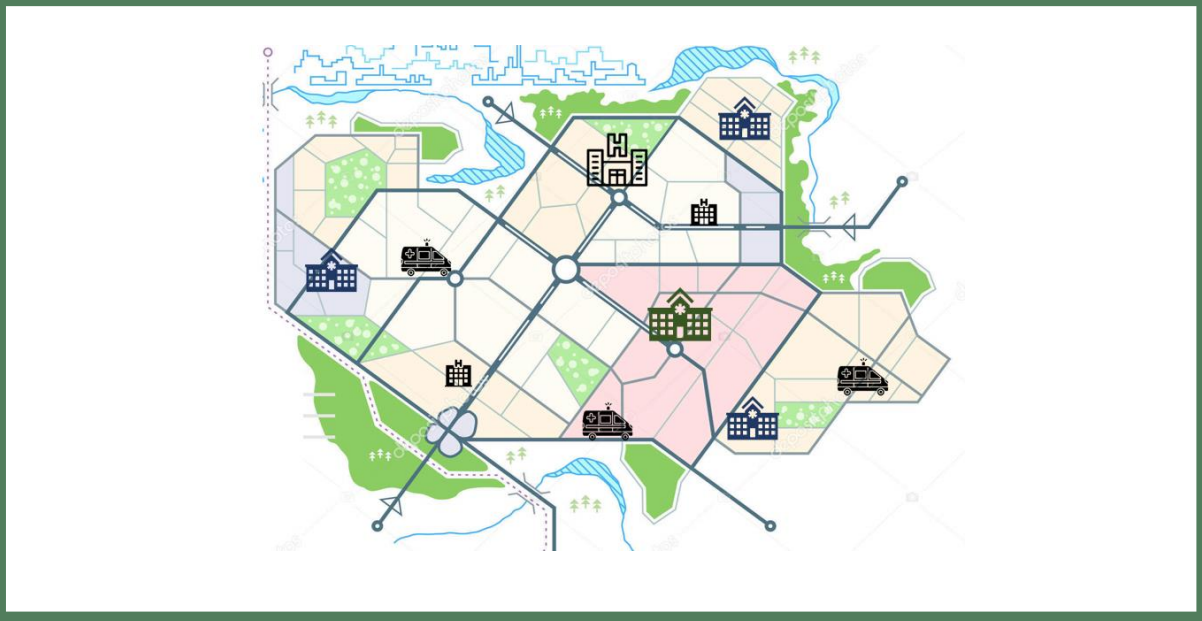
תכנית מתאר ארצית למוסדות הבריאות בישראל

תמ"א 49

פיתוח והערכת חלופות לפריסת מוסדות בריאות בשנת היעד

דוח שלב ג'



אוגוסט 2022

תקציר

תוכנית המתאר הארצית נועדה לאפשר את פיתוח מוסדות הבריאות בישראל לשנת היעד 2048, מתוך ראיה מערכתית כוללת. בשלב השלישי לתהליך הכנת התוכנית פותחו חלופות תכנון פרישת מוסדות האשפוז. פיתוח החלופות נסמך על אומדן הביקוש העתידי לשירותי בריאות אשר ממחיש את השלכות מגמות השינוי באוכלוסייה (גידול והזדקנות) על צריכת שירותי אשפוז ומסייע בהבנת משמעותן הלאומית.

על בסיס האומדן ופרישת האוכלוסייה החזויה פותחו תרחישים שכללו סימולציה של צריכת שירותי הבריאות, ואומדן טווח ביקוש לשרותי אשפוז לשנת היעד של התוכנית. **בכל התרחישים נראה גידול משמעותי בהיקף מיטות האשפוז הנדרש לשנת היעד.**

בהתבסס על מספר מיטות האשפוז הנדרשות בשנת היעד ועל ניתוח הפערים בינו ובין היצע האשפוז הקיים - נקבע הצורך בתוספת מיטות אשפוז במחוזות ישראל השונים עד לשנת 2048 : יעד לתכנון.

פיתוח החלופות כלל שני רכיבים עיקריים :

א. גיבוש חלופות פרוגרמתיות לפיתוח מוסדות האשפוז, הבוחנות אפשרויות להרחבת בתי החולים הקיימים ולפיתוח מוסדות חדשים בהתאם לשיקולי תכנון ופרישה. בשלב זה נאמדת תוספת המיטות הנדרשת, ונבחנים אופנים שונים לחלוקת תוספת מיטות האשפוז בין מוסדות רפואה.

ב. פיתוח חלופות מרחביות – מיקום אתרים לפיתוח מוסדות חדשים, בחלוקה לסוגי אשפוז. שלב זה התבסס על ניתוח מרחבי – מודל פריסת אוכלוסייה חזויה הנשענת על מוסדות הבריאות הקיימים – אשר איתר "חורים" בנגישות לשירותי הרפואה במרחב. על בסיס המודל הוגדרו אזורי חיפוש בהם נדרש למקם מוסד רפואה חדש.

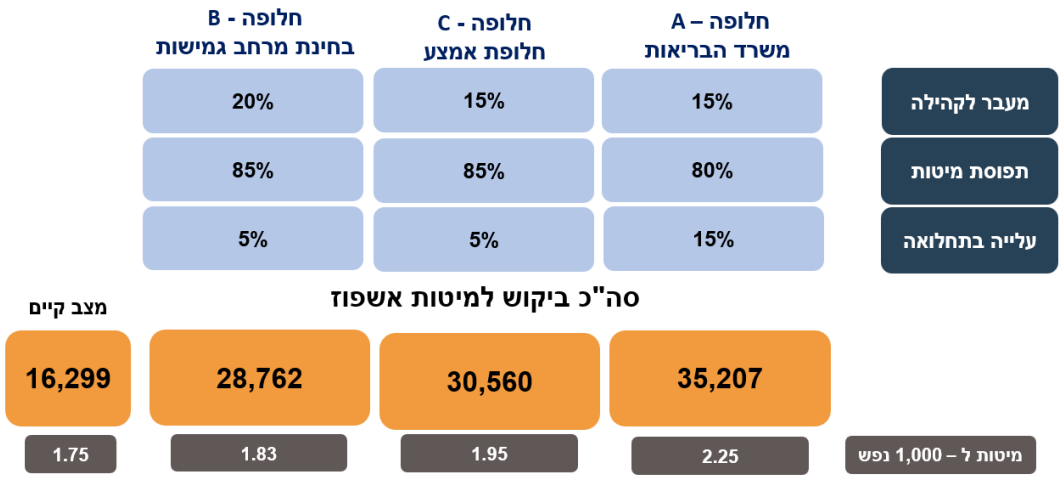
חלופות המיקום למוסדות נערכו והוערכו מתוך שיח עם רשויות התכנון המחוזיות והמקומיות.

נוסף על האשפוז הכללי, נבחן גם הצורך במיטות אשפוז גריאטרי, ובאשפוז פסיכיאטרי ושיקומי בשנת היעד. הבסיס לפיתוח חלופות בכל אחד מסוגי האשפוז הינו שילובם בקמפוסים רפואיים - בהתאם למדיניות משרד הבריאות אשר רואה יתרון לצמידות מרחבית בין סוגי האשפוז. פיתוחם של קמפוסים רפואיים משולבים, והתמקדותם של בתיה"ח השלישוניים ברפואה אקוטית עם מעבר האשפוז הכרוני למוסדות ייעודיים או לטיפול בקהילה, משפיעים על אומדן היעד לתכנון. החלופות הפרוגרמתיות לכל אחד מסוגי האשפוז מתבססות על הכלת מיטות האשפוז בקמפוסים משולבים – וכאשר יש צורך בפיתוח מוסדות ייעודיים חדשים (בעיקר עבור האשפוז הגריאטרי) – הרחבת הפרוגרמה גם עבורם. חלופות האשפוז הכללי מתוות אם כן את בסיס המערכת – בתי החולים המשולבים - וחלופות האשפוז המתמחה על סוגיו השונים מפרטות את הרחבתה הנדרשת לסוגי האשפוז – בתי חולים מתמחים.

חלופות פרוגרמתיות לסוגי האשפוז השונים:

החלופות הפרוגרמתיות לאשפוז הכללי פורשות את הטווח הנמתח בין ארבעה משתנים : תחזיות פריסת האוכלוסייה : לפי המשך חיזוי מגמות קיימות או יעדי אסטרטגיית פריסת האוכלוסייה ; הנחת שיעור מעבר שירותי

אשפוז לקהילה ; הנחה נורמטיבית בדבר תפוסת המיטות הממוצעת הרצויה ; ושיעור צפוי של עליה בתחלואה. קומבינציות שונות של המשתנים הולידו שלוש חלופות שפותחו הן ברמה הארצית והן בכל אחד מן המחוזות. על מנת לבסס בחירה מושכלת בינן, נערך מבחן רגישות שהשווה את הביקושים למיטות אשפוז לשנת היעד עבור שלושת החלופות. להלן מוצג סיכום מבחן הרגישות לחלופות הפרוגרמתיות עבור האשפוז הכללי שפותחו ברמה הארצית :



על בסיס פיתוח החלופות ומבחני הרגישות, **קבע משרד הבריאות כי חלופה c** המתבססת על שיעור של כ- 15% מעבר אשפוז לקהילה, שיעור תפוסת מיטות של כ- 85% ושיעור של כ- 5% גידול בתחלואה – **היא החלופה הנבחרת**, וכי סה"כ הביקוש הצפוי למיטות אשפוז כללי ברמה הארצית יהיה 30,050 מיטות. בהתאם לעמדה זו פותחו החלופות הפרוגרמתיות במחוזות השונים.

החלופות הפרוגרמתיות לאשפוז לגיל השלישי והרביעי מושפעות מתחזית גידול האוכלוסייה והארכת משך החיים ושינוי חלקה של אוכלוסיית הגיל השלישי והרביעי בכלל האוכלוסייה. אוכלוסייה זו צפויה להגיע עד לשנת 2048 לכ - 2.5 מיליון נפש לעומת כ- 1.1 מיליון נפש כיום. בהתחשב כי אוכלוסייה זו הינה הצרכן הגדול של מיטות האשפוז ובצרוף לעליה בתחלואה, הגידול בדרישה לאשפוז הינו משמעותי ביותר. בהתאם למדיניות העברת מאושפזים גריאטריים ממחלקות פנימיות למחלקות ייעודיות, ולשאיפה לשיפור רמת הרווחה של החולים – **נגזרו תרחישים החוזים כולם גידול משמעותי בביקוש לשרותי אשפוז גריאטרי**. הגידול בדרישה לאשפוז גריאטרי לכל סוגיו נע בתרחישים השונים בין 295% ל 361%. זהו גידול משמעותי ביותר אשר המדינה תצטרך להתארגן ולהקצות משאבים למתן פתרונות נאותים לאוכלוסיית הגיל השלישי.

כיום קיימות כ- 25,300 מיטות לאשפוז גריאטרי מהן כ- 4,250 מיטות לאשפוז אקוטי. בהתאם לתחזיות תידרשנה סה"כ בין 74,000 מיטות אשפוז גריאטרי לכ- 90,000 מיטות אשפוז בהתאם לתרחישים צופי עתיד, מהן כ – 20% תהיינה במסגרת בתי חולים כוללים ו/או ייעודיים. גידול זה מניח כי האשפוז הגריאטרי הכרוני, העומד כיום על קרוב ל- 80% מכלל המטופלים הגריאטריים, המתקיים היום במסגרת של בתי אבות עם ביוזמות של עמותות או על בסיס יוזמות כלכליות, אשפוז זה ימשיך לקבל מענה במסגרות אלה ובקהילה.

החלופות הפרוגרמתיות בוחנות את היקף מיטות האשפוז והמוסדות הנדרשים עבורו בבתי חולים ובמרכזים גריאטריים קיימים, בבתי חולים משולבים חדשים, ובבתי חולים ייעודיים גריאטריים חדשים. על מנת להעריך את השלכות פרישת מיטות האשפוז הגריאטרי בין החלופות הוגדרו מאפיינים איכותיים לכל חלופה אשר נעים על שני צירים מרכזיים. מחד, נבחנו היתרונות לריכוז האשפוז במוסדות גדולים, המאפשרים פיתוח מומחיות והתמקצעות, כמו גם ניצול תשתיות קיימות וניצול מיטבי של הקרקע. מאידך, נבחנו היתרונות לפרישה רחבה של מוסדות האשפוז הגריאטרי אשר מאפשרת התאמה לאוכלוסיות מגוונות, מתן שירות ליד הבית, השתלבות במרקם עירוני ויצירת תעסוקה מקומית ושירותים לקהילה. על בסיס השיקולים האיכותיים הללו, פותחו עבור כל מחוז חלופות פיתוח ממוקד – המאפשרות לרכז את משאבי

הפיתוח במספר מצומצם יחסית של מוסדות - וחלופות פיתוח מבוזר – בהן כמות המוסדות החדשים תואמת את פרישת האוכלוסייה ומאפשרת התאמה לצרכי הקהילות השונות.

בעקבות מבחני רגישות בין החלופות הפרוגרמתיות למחוזות השונים ולאור ייחודה של הרפואה הגריאטרית נבחרו בכל אחד מן המחוזות חלופות הפיתוח המבוזר. עיקר השיקולים שהובילו לבחירה היו נגישות לאוכלוסייה, נגישות חברתית ותרבותית, והאפשרות לשילוב עם מוקדי שירות ובריאות נוספים במרחב העירוני והאזורי.

פיתוח **חלופות פרוגרמתיות לאשפוז הפסיכיאטרי** התבסס על השינויים המשמעותיים בשיטות הטיפול ובארגון שרותי האשפוז, ועל פיתוחם של מודלים חדשים לאשפוז בבריאות הנפש. שינויים אלו מביאים לצמצום מספר מיטות האשפוז, להרחבת המערך הקהילתי לטיפול בנכי הנפש, ולשילוב בבתי חולים בין אשפוז בריאות הנפש לאשפוז הכללי. בהתאם, תכנון מערך האשפוז הפסיכיאטרי מתבסס על העברת כ- 50% מהחולים הכרוניים למסגרות מתמחות בקהילה, כאשר מוסדות האשפוז יתמקדו בטיפול קצר טווח במקרים אקוטיים ופורנזיים. בבתי החולים עצמם יש להתמקד בשיפור רווחת החולה והשירותים הנלווים.

על בסיס תפיסה זו, והנחות על עליה בתחלואה (5%-10%) ועל שיפור ברמת הרווחה (85% תפוסת מיטות ממוצעת נורמטיבית) נערכו תרחישים האומדים את היקף המיטות הנדרש לאגפי האשפוז הפסיכיאטריים לפי מחוזות ולפי תרחישי פריסת האוכלוסייה.

תחזית הביקוש למיטות אשפוז פסיכיאטריות בהתאם לתרחישים השונים ובהנחת מעבר של 50% מהאשפוזים למסגרות קהילתיות נע בין עליה של כ- 180% ל- 200%.

על בסיס ההנחות שפורטו לעיל, **הביקוש לדרישה למיטות אשפוז פסיכיאטרי בישראל לשנת 2050 – יינתן במסגרת בתי החולים הפסיכיאטריים הקיימים, במסגרת פיתוח מחלקות/אגפים בבתי חולים כלליים ובמסגרות קהילתיות.**

האשפוז השיקומי – תחזיות הביקוש למיטות אשפוז שיקומי בחלופות השונות מתבססות על אומדן גידול שבין 172% ל-217% בביקוש לשרותי אשפוז, גידול זה נובע מגידול האוכלוסייה, ועל הנחת מעבר של 15% ממיטות האשפוז לטיפול בקהילה ובבית החולה. התכנית מפנה חלק גדול ממיטות האשפוז השיקומי לבתי החולים המשולבים ומציעה הקמת פרישה של מוסדות חדשים ו/או מורחבים בכל אחד מהמחוזות.

ביקוש לשטחי בניה וקרקע של מוסדות האשפוז:

אומדן שטחי הבניה והקרקע הנדרשים למוסדות אשפוז מגדיר את גודל הקמפוסים (בדונם) הנדרש לבניית המוסדות ולתפעולם. טווחי השטחים הנדרשים מבטאים שונות הן בגודל מוסדות האשפוז (בין 850 ועד 2,200 מיטות במוסדות משולבים, בין 300 ועד 600 מיטות במוסדות לגיל השלישי - גריאטריה) – והן שונות באופי הבינוי של מוסדות אשפוז בהתאם לאופי הבינוי ותנאי הקרקע בסביבה העירונית או האזורית בו הוא נמצא. אומדן גודל הקמפוס הרפואי עומד בבסיס הערכת אפשרויות הבינוי והפיתוח וקליטת מיטות אשפוז בקמפוסים של מוסדות רפואה קיימים, כמו גם בבסיס הערכת היקף השטחים הנדרשים לאיתור להקמת מוסדות חדשים.

במסגרת העבודה נערך ניתוח השימוש בקרקע בבתי החולים הקיימים, ובהתפלגות לסוגי מוסדות האשפוז. הניתוח בחן את שטח הקרקע הכולל (במ"ר) עבור מיטת אשפוז בקמפוס בית החולים. שטח זה מכליל בתוכו

את הפונקציות הכלל מוסדיות – רפואיות ושאינן רפואיות בהתאם לפרוגרמות הנערכות כיום למוסדות חדשים בארץ ובעולם.

על בסיס ניתוח השטח במוסדות קיימים, והפונקציות הכלל מוסדיות הנדרשות במוסדות עתידיים, נערך חישוב כלל השטח הנדרש למוסדות אשפוז משולבים גדולים, משולבים בינוניים, וייעודיים לגיל השלישי.

מוסד רפואי משולב גדול (בית חולים-על) - בגודל בין 1,350 ועד 2,200 מיטות אשפוז - הכולל ריבוי סוגי אשפוז ופונקציות רפואיות ופארה-רפואיות, ידרשו בסך הכל בין 324,000 ל-500,000 מ"ר שטחים בנויים. הערכת היקף השטח הבנוי מתייחסת גם לעוצמות הבניה (זכויות בניה) ומהן נגזר שטח הקרקע הנדרש.

מניתוח זה עולה כי למוסד אשפוז משולב גדול יידרשו כ-180-280 דונם באזור עירוני מתון, וכ-148-230 דונם באזור עירוני בינוני, למוסד אשפוז משולב בינוני יידרשו כ130-1850 דונם באזור עירוני מתון, וכ-105-150 דונם באזור עירוני בינוני.

מוסד אשפוז ייעודי לגיל השלישי (מר"ג) נלקחו בחשבון לצורך חישוב השטחים המבונים שירותים כלל מוסדיים הנדרשים למוסד מתמחה בגריאטריה: ביניהם אשפוז יום, ומרכז שיקום ופיזיותרפיה. השטח הנדרש לשירותים רפואיים למיטת אשפוז מוערך ב-120 מ"ר (על פי פרוגרמות למוסדות קיימים ומתוכננים) כלל השטחים הנדרשים לכלל השירותים והפונקציות למר"ג של 300 – 600 מיטות אשפוז תהיה בין 48,000 ו-90,000 מ"ר שטחים מבונים. שטחי הקרקע הנדרשים תלויים בעוצמות הבניה ונעה בין 24-45 דונם במרחב עירוני, ובין 32-60 דונם במרחב חצי עירוני.

פיתוח בתי חולים – ייעול וניצול השטח במוסדות קיימים וחדשים

חלופות הפרישה של מוסדות הרפואה מתבססות ראשית, על החלופות הפרוגרמתיות שפותחו למחוזות השונים בהתאם להיקף האוכלוסייה החזויה לשנת היעד ולמאפייניה – ושנית, על מאפייני הבינוי, תוכניות הפיתוח ורמת ניצול השטח במוסדות האישפוז הקיימים. פרישת מערכת מוסדות האשפוז נועדה לשפר את רמת השירות ואת נגישות האוכלוסיות למערכת האשפוז, והיא מתבססת על העקרונות הבאים:

- יישום דגם בתי חולים משולבים הנותנים מענה לכלל סוגי האשפוז.
- ניצול יתרון לגודל לבתי חולים משולבים - מתן עדיפות לריכוז שירותים רפואיים ושירותים נלווים
- עדיפות לפרישה תואמת אוכלוסייה בתכנון מוסדות אשפוז אקוטי לגיל השלישי
- שילוב האשפוז הפסיכיאטרי בבתי חולים כלליים, בהתאם למדיניות משרד הבריאות.
- שילוב האשפוז השיקומי בבתי החולים הכלליים ופיתוח בתי חולים מתמחים ברמה האזורית.

בנוסף, מתבססת הפרישה על ניתוח פריסת האוכלוסייה החזויה במרחב בהצלבה לרדיוסי שירות (15 ק"מ קו אווירי מבי"ח משולב ו-5-10 ק"מ ממר"ג). אשר אפשרה מיפוי פערים בנגישות לשרותי אשפוז ובחינת רמת השירות של מוסדות האשפוז בהתבסס על בחינת נגישות ועל כמות המיטות ל-1,000 נפש בבתי החולים הקיימים, בהתחשב באוכלוסייה המשורתת על ידם.

ניתוח זה מהווה כלי לבחינת החלופות לבחירת מיקומים למוסדות בריאות חדשים בפריסה כלל ארצית. פיתוח חלופות הפריסה המרחבית מוצג בדו"ח בפרק 5 עבור כל אחד מהאזורים, כאשר החלופה המומלצת להרחבה של מוסדות קיימים והקמת מוסדות חדשים מתבססת על תוצאות הניתוח והערכה משותפת של רשויות התכנון, משרד הבריאות, הערכות מומחים וצוות התכנון.

אתרים לבתי חולים חדשים המוצעים בתכנית:

מס'	מחוז	סוג מוסד	מיקום	שטח בדונם	סה"כ בדונם
1	צפון	בי"ח כללי משולב	כרמיאל	180	180
2	צפון	מר"ג (בי"ח גריאטרי) בשילוב מוקד חירום רפואי	קרית שמונה	10 + 60	70
3	צפון	מר"ג (בי"ח גריאטרי) בשילוב מוקד חירום רפואי	סח'נין	10 + 30	40
4	צפון	בי"ח מר"ג (גריאטרי)	עכו	30	30
5	צפון	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	נוף הגליל	40	40
6	צפון	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	מגדל העמק	40	40
7	צפון	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	חצור הגלילית	30	30
8	צפון	מוקד חירום רפואי	קצרין	5	5
9	חיפה	בי"ח כללי משולב	צומת גלעם - קרית אתא	300	300
10	חיפה	מר"ג (בי"ח גריאטרי) בשילוב מוקד חירום רפואי	כפר קרע	10 + 30	40
11	חיפה	בי"ח שיקומי	פרדס חנה - במתחם בי"ח שהם	-	-
12	ירושלים	בי"ח כללי משולב	בית שמש	170	170

13	ירושלים	בי"ח מר"ג (גריאטרי)	קרית ענבים	30	30
14	ירושלים	בי"ח מר"ג (גריאטרי)	מטה יהודה	20	20
15	ירושלים	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	צור באכר	25	25
16	מרכז	בי"ח כללי משולב	נתניה	100	100
17	מרכז	בי"ח כללי משולב	מודיעין	150	150
18	מרכז	בי"ח כללי משולב	הוד השרון (תע"ש)	100	100
19	מרכז	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	טירה	30	30
20	מרכז	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	מתחם בי"ח מאיר	-	-
21	מרכז	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	רמלה	20	20
22	מרכז	מר"ג (בי"ח גריאטרי) בשילוב מוקד חירום רפואי	ראשל"צ	30	30
23	מרכז	בי"ח מר"ג (גריאטרי)	פ"ת	20	20
22	תל אביב	בי"ח מר"ג (גריאטרי)	רמת השרון	20	20
23	תל אביב	מר"ג (בי"ח גריאטרי) בשילוב מוקד חירום רפואי	תל אביב-יפו – מתחם נוה שרת מזרח	* 30,000 מ"ר בנוי	*
24	תל אביב	מר"ג (בי"ח גריאטרי) בשילוב מוקד חירום רפואי	תל אביב-יפו – מתחם אורות	* 30,000 מ"ר בנוי	*
25	תל אביב	שלוחת בי"ח	תל אביב-יפו – מתחם ויצו	10	10
27	דרום	בי"ח כללי משולב	באר שבע	300	300

28	דרום	בי"ח כללי משולב	קרית גת	150	150
29	דרום	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	נתיבות	30	30
30	דרום	מר"ג (בי"ח גריאטרי)	צומת שוקת	30	30
31	דרום	מר"ג (בי"ח גריאטרי) בשילוב מוקד חירום רפואי	דימונה	30 + 30	60
32	דרום	מוקד חירום רפואי	ערד	5	5
33	דרום	מוקד חירום רפואי	מצפה רמון	5	5

Summary

The aim of the National Structure Plan is to facilitate the development of the medical institutions in Israel, for the target year 2048, within a comprehensive and systemic perspective. During the third stage in the planning process – alternatives design and assessment – the alternatives for spatial spread of inpatient institutions were developed. Alternatives were based on an estimate of the future demand for health services, which illustrated the implications of population prediction's trends: growth and aging of the population, on the demand for inpatient services. The alternatives therefore assist in understanding the national significance of these trends for the medical system.

Based on this estimate and on the predicted population dispersal for the target year scenarios were developed. These scenarios included simulation of medical services consumption and an estimate for the range of demand for hospitalization services for the target year. **All scenarios show a significant increase in the amount of hospital beds required for the target year.**

Based on the required amount of hospital beds, and on an analysis of the disparity between the demand for-, and the existing supply of, hospital beds – the requirements for additional hospital beds in the regions of Israel was determined: the planning target.

Alternative design included two main components:

(a) Formalizing programmatic alternatives (for the development of inpatient institutions programmatic (phase). These alternatives examined options for expanding the capacity of existing hospitals and for developing new institutions in accordance to spatial planning considerations. The programmatic stage estimated the required amount of hospital beds and devised various ways of dividing this number between existing and planned institutions.
(b) Designing spatial alternatives – location sites for new medical institutions, according to hospitalization types (location phase). The location phase is grounded in spatial analysis – a model of deployment of the predicted population that relies on each existing medical institution – which located gaps in accessibility for predicted population to medical services. The model grounded designation of search areas for the location sites for new institutions.

The spatial alternatives were designed and evaluated in cooperation with regional and local planning agencies.

As well as alternatives for general hospitalization, the predicted demand for specialized hospitalization: geriatric psychiatric and rehabilitative - was estimated for the target year. Alternatives for each type of hospitalization were developed based on the assumption of integration on medical campuses, in accordance with the policy of the Ministry of Health, which sees an advantage in spatial coherence and proximity for varied types of hospitalization. The planning target is affected both by promoting integrated medical campuses, and by the transition of chronic hospitalization to community care, as hospitals direct their efforts to the care of acute patients. The specialized programmatic alternatives therefore direct significant amount of the demand for hospital beds to integrated campuses – with the additional demand directed to dedicated institutions (mainly for geriatric hospitalization). The general hospitalization alternatives thus outline the system – forming the integrated hospitals - and the specialized hospitalization alternatives specify the expansion of the programmatic alternatives that is required various types of hospitalization in specialized medical institutions.

Programmatic Alternatives for Various Hospitalization Types:

The programmatic alternatives for general hospitalization span the range created by four variables: Population Deployment Forecasts: Either by existing trends or by population deployment strategy objectives; Different service transition rates to community medical services; Different normative assumptions regarding the desired average bed occupancy; And different expected rates of increase in malaise. Different combinations of these variables gave rise to three alternatives developed both at the national level and for each of the regions. In order to establish an informed choice between them, a sensitivity test was conducted that compared hospital beds demand for the target year for each of the three alternatives. The following is a summary of the sensitivity test for the programmatic general hospitalization alternatives at the national level:

Following the sensitivity tests, the Ministry of Health chose alternative C, which is based on an assumption of 15% service transition to the community, on an assumption of 85% desired bed occupancy and on an assumption of 5% increase in malaise. The total expected demand for general hospital beds at the national level will be 30,050 beds. This was the planning target for developing programmatic alternatives in the regions of Israel.

The programmatic alternatives for geriatric hospitalization were affected by the population growth forecast and by the extension of life expectancy and the resulting rise in the share of older age groups in the general population. These age groups are expected to grow to about 2.5 million people by 2048, compared to about 1.1 million people today. Given that this population group is the largest consumer of hospital beds and considering the trend of increase in malaise, increase in the demand for hospitalization is pronounced. In accordance with the policy of transferring geriatric patients from general inpatient wards to dedicated geriatric wards and striving to improve the level of well-being of patients, **all scenarios predict a significant increase in the demand for geriatric inpatient services –** from 295% to 361% increase in demand. The predicted increase testifies of the need to allocate state-level resources to provide adequate solutions for the elderly population.

There are currently about 25,300 existing beds for geriatric hospitalization, 4,250 of which are designated for acute hospitalization. According to future scenarios, a total of between 74,000

to 90,000 geriatric hospital beds will be required nation-wide, of which about 20% will be in designated acute care beds, within comprehensive of specialized hospitals. This increase assumes that chronic geriatric hospitalization, which currently stands at close to 80% of all geriatric patients and takes place in nursing homes. The alternatives assumed that chronic hospitalization will continue to receive an answer in these frameworks and does not include it in the planning target.

The programmatic alternatives examine the demand for hospital beds and the number of institutions that is required to supply them - in existing general and geriatric hospitals, in new integrated hospitals, and in new geriatric dedicated hospitals. To assess the consequences of the distribution of geriatric beds, qualitative characteristics were defined for each alternative that span the range between two main axes. On the one hand, the benefits of the concentration of hospital beds in large institutions, which enable the development of expertise, as well as the utilization of existing infrastructure and optimal utilization of the land, were examined. On the other hand, we examined the benefits of a broad distribution of geriatric inpatient institutions that allows for adaptation to diverse populations, to providing service near patients' residence, and to integration withing the urban surrounding as well as promotion of local employment and community services. Based on these qualitative considerations, targeted development alternatives have been developed for each of the regions: centralized alternative that allows resources to be concentrated in a limited number of institutions, and decentralized alternative in which new institutions correspond to the distribution of the population and of different communities.

Following sensitivity tests of the programmatic alternatives and considering the unique character of geriatric care, the de-centralized alternatives were selected in each of the regions. The main considerations that led to the choice were improved accessibility, social and cultural accessibility, and the possibility for integration with other service and health centers in the urban and regional environment.

The programmatic alternatives to psychiatric hospitalization were developed with the assumption of significant changes taking place in treatment methods and in the organization of inpatient hospitalization, including new models for mental hospitalization. These trends

lead to a reduction in the demand for hospital beds, to the expansion of the community system for the mental treatment, and to the integration in mental wards within general hospitals. Accordingly, the planning of the psychiatric inpatient system is based on the transfer of approximately 50% of the chronic patients to specialized settings in the community, with the inpatient institutions focusing on short-term acute treatment and forensic cases. In addition, the alternatives assumed improvement in patient well-being and related services.

Based on this perception, and assumptions about an increase in mental malaise (5% -10%) and an improvement in hospitalization conditions (85% normative average bed occupancy), scenarios were prepared that estimate the number of beds required for psychiatric inpatient wards by regions corresponding to population distribution scenarios.

The demand forecast for psychiatric beds according to various scenarios, and assuming that 50% of hospitalizations are transferred to community care, ranges from an increase of about 180% to about 200%.

Based on the assumptions detailed above, **the increase in demand for psychiatric hospital beds in Israel by 2050 will be met within the existing psychiatric hospitals, within the development of psychiatric wards in general hospitals and in community care.**

Rehabilitative hospitalization - Demand forecasts for rehabilitative hospital beds in the various alternatives are based on an estimate of an increase of between 172% and 217% in the demand. The forecasted increase is due to population growth, and to an assumption of 15% transfer rate to community care. The plan suggests that a large part of the rehabilitative beds will be placed in comprehensive hospitals and proposes distribution for new and/or expanded existing institutions in each of the regions.

Required Floor Space and Pot Size of inpatient institutions:

The estimate of the floor space and of plot size required for inpatient institutions defines the size of the hospital campuses (per dunam) required for their construction and operation. The

range of area varies depending on the size of the hospital (between 850 and 2,200 beds in combined institutions, between 300 and 600 beds in geriatric institutions) - and depending on the building type, which in turn is influenced by the urban or regional environment of the hospital. Estimating the required size of the medical campus the groundwork for an assessment of the possibilities directing more hospital beds to campuses of existing medical institutions, as well as for an assessment of the scope of area required by location sites for new institutions.

As part of the work, an analysis of floor spaces in the existing hospitals was conducted, considering types of inpatient institutions. The analysis examined the total floor space (square meters) required by a hospital bed on the hospital campus. This area includes the general institutional – both medical and non-medical functions - in accordance with current plans for medical institutions in Israel and internationally.

Based on land consumption analysis in existing institutions, and based on institutional functions required in future institutions, the total area required for a medical institution was calculated. The area is defined for large and medium-sized comprehensive hospital and for designated care institutions for the elderly.

A large integrated medical institution (super-hospital) – accommodating between 1,350 and 2,200 hospital beds – and providing a large number of types of inpatients, medical and paramedical functions, will require a total of between 324,000 and 500,000 square meters of floor space. The assessment of the extent of the floor space also refers to the building intensities (building rights) to derive the required land area (plot size).

This analysis shows that a large comprehensive hospital will require about 180-280 dunams in a moderate urban area, and about 148-230 dunams in an intensive urban area. Similarly, a **medium sized comprehensive hospital** will require about 130-185 dunams in a moderate urban area, and about 105-150 dunams in an intensive urban area.

Dedicated institution for the elderly (DIE) will require an estimate of 12- square meters for a hospital bed (according to plans made for existing and new institutions). This floor space requirement includes institutional services unique to geriatric care, including day care, rehabilitation center and physiotherapy. The total floor area required by a 300-600 beds DIE will be between 48,000-90,000 square meters. The required plot size depends on building heights and rights, and ranges from 24- to 45 dunams in urban space, and between 32-60 dunams in semi-urban space.

Utilizing space and streamlining development in existing institutions and new institutions

The spatial distribution alternatives for medical institutions are based both on the programmatic alternatives developed for the various regions in accordance with the projected population size for the target year and its characteristics – as well as on the built up characteristics, development plans and current space utilization in existing inpatient institutions. The distribution of inpatient institutions is intended to improve the level of service and the accessibility to the inpatient system, and is based on the following principles:

- integrated hospitals model accommodating all types of hospitalization.
- Advantage of size for integrated hospitals – preference for centralized distribution of comprehensive hospitals.
- Preference for population-compatible and decentralized distribution for specialized acute care inpatient institutions for the elderly
- Integration of psychiatric hospitalization in general hospitals, in accordance with the policy of the Ministry of Health.
- Integration of rehabilitative hospitalization in general hospitals and development of specialized hospitals at the regional level.

In addition to this, the distribution is based on an analysis of the projected population distribution and of the service radii (15 km as the crow flies for a comprehensive hospital and 5-10 km for a geriatric hospital). This spatial analysis illustrated gaps in projected accessibility to inpatient services and allowed examination of the level of future service of inpatient institutions, based on both accessibility and on the number of hospital beds per 1,000 persons in the area, considering the population served by the hospitals (within the service radius).

This analysis formed a tool for alternatives evaluation and for choosing site locations for new health institutions nationwide. Design of spatial distribution alternatives is presented in chapter 5 of this report for each of the regions. The recommended alternative for expanding existing institutions and for establishing new ones is based on the results of the analysis and on a participative planning process with regional and local planning agencies, decision makers in the Ministry of Health, expert evaluations and the planning team.

חלק ראשון: המתודולוגיה לגיבוש ולהערכת החלופות

1) תמ"א 49 – מטרתה, תכולתה ועיקרי המדיניות

א. אופק התכנון

ב. תכולת התוכנית

2) שלבי פיתוח החלופות

א. אומדן הדרישה למיטות אשפוז – פיתוח תרחישים

ב. ניתוח צרכי הפיתוח של מערכת הבריאות לטווח הארוך

ג. פרוק הבעיה -הבחנה בין חלופות פרוגרמתיות לחלופת פרישה

3) מתודולוגיית פיתוח והערכת החלופות

א. עקרונות לפיתוח החלופות הפרוגרמתיות

ב. עקרונות וקריטריונים להערכת חלופות פרוגרמה

ג. עקרונות לגיבוש וקריטריונים להערכת החלופות המרחביות

חלק שני: מדיניות התכנון - גיבוש חלופות פרוגרמה ובחירה מועדפת

4) חלופות ביקושים לאשפוז כללי

א. הנחות מוצא לפיתוח תרחישים וחלופות

ב. תמצית החלופות הפרוגרמתיות

ג. חלופות פרוגרמה לאשפוז הכללי במחוז הצפון ובמחוז חיפה

ד. חלופות פרוגרמה לאשפוז הכללי במחוז מרכז ובמחוז תל אביב

ה. חלופות פרוגרמה לאשפוז הכללי במחוז ירושלים

ו. חלופות פרוגרמה לאשפוז הכללי במחוז דרום

5) חלופות ביקושים לאשפוז גריאטרי

א. המערכת הגריאטרית

ב. הנחות מוצא לחלופות ביקוש

ג. תמצית חלופות הפרוגרמה

a. מחוז צפון

b. מחוז חיפה
c. מחוז ירושלים
d. מחוז מרכז
e. מחוז תל אביב
f. מחוז דרום

6) חלופות ביקושים לאשפוז פסיכיאטרי

א. רקע: מערכת האשפוז הפסיכיאטרי
ב. הנחות מוצא לחלופות ביקוש
ג. תמצית החלופות הפרוגרמתיות
ד. סיכום תרחישים ותחזיות – מבט מחוזי

7) חלופות ביקושים לאשפוז שיקומי

א. אשפוז שיקומי: רקע
ב. הנחות מוצא לחלופות ביקוש
ג. תמצית חלופות הפרוגרמה
ד. מדיניות תכנון ופיתוח מוסדות השיקום במבט מחוזי

חלק שלישי: ניתוח צריכת הקרקע של מוסדות אשפוז

א. מטרות ומתודולוגיה
ב. שטחי קרקע למיטה במוסדות אשפוז משולב – ניתוח מוסדות קיימים
ג. ניתוח צריכת הקרקע של מרכזי אשפוז לגיל השלישי (מר"גים)
ד. גודל מוסדות רפואה בהיבטי ניהול ותפעול ורמת השירות
ה. מאפיינים כלליים לעריכת אומדני שטח בנוי ושטח קרקע נדרש למוסדות אשפוז
ו. אומדן הבינוי ושטחי הקרקע למרכז בריאות גדול משולב
ז. אומדן הבינוי ושטחי הקרקע למרכז בריאות בינוני
ח. אומדן הבינוי ושטחי הקרקע למרכז רפואי בהתמחות גריאטרית – מר"ג

חלק רביעי: פיתוח בתי חולים – ייעול וניצול השטח במוסדות קיימים וחדשים

א. עקרונות מנחים למדיניות פיתוח בתי חולים
ב. חלופות פרישה מרחביות של מערכות בתי חולים – הנחות מוצא
ג. פיתוח מערכת מוסדות האשפוז מחוזות צפון וחיפה – פרוגרמה משולבת לכל סוגי האשפוז
ד. פיתוח מערכת מוסדות האשפוז במחוז ירושלים – פרוגרמה משולבת לכל סוגי האשפוז
ה. פיתוח מערכת מוסדות האשפוז מחוזות מרכז ותל אביב – פרוגרמה משולבת לכל סוגי האשפוז
ו. פיתוח מערכת מוסדות האשפוז במחוז דרום – פרוגרמה משולבת לכל סוגי האשפוז

חלק חמישי: סיכום עמדות, גורמים רלוונטיים וציבור מעוניין

תמ"א 49, דו"ח שלב ג'

חלק ראשון:

המתודולוגיה לגיבוש החלופות ולהערכתן

אתגר התכנון המתארי עבור מערכת שתוויה לוטים כיום בערפל, הכנת תוכנית המתאר נפתחה, אם כן במאמץ לפיזור הערפל ולעמידה על אופייה הצפוי של מערכת הבריאות העתידית ועל צרכיה. חשוב לציין כי אלו מושפעים לא רק ממגמות השינוי האובייקטיביות שצוינו כאן – אלא גם מהחלטות שיעצבו את מדיניות הבריאות בישראל, דוגמת: התפוסה הרצויה של מיטות האשפוז (שאלת "הזקנה במסדרון"), מגוון השירותים הרפואיים הניתנים במוסדות האשפוז לעומת אלו שמספקים מוסדות הרפואה בקהילה, אילו שירותים מתמחים (שירותי על) יפותחו בישראל - והיכן, מינון האשפוז מסוגים שונים במוסדות רפואה ובקהילה, ועוד. בתיאום מול משרד הבריאות ובהנהגתו, וכחלק מהשלבים המוקדמים בתהליך התכנון, ערך הצוות הרפואי של תכנית המתאר מסמך מדיניות אשר בוחן את הסוגיות המרכזיות שישפיעו על פניה של מערכת בישראל בעשורים הקרובים. מסמך המדיניות משלים את מסמכי התוכנית הסטטוטוריים, מתוך שהוא מציג את ההחלטות והאמצעים המשלימים הנדרשים על מנת להגשים את מטרות התוכנית.

תכולת התוכנית – ומה שמחוצה לה

כשאר תכניות המתאר הארציות, נערכת תמ"א 49 במסגרתו של חוק התכנון והבניה וקובעת תכנון כולל ליעוד ושימוש קרקע למוסדות בריאות – תכנון אשר ינחה את עבודת ועדות התכנון המחוזיות והמקומיות בהכנת תוכניות מפורטות להרחבת מוסדות האשפוז הקיימים ולבנית מוסדות חדשים. עיקרה של התוכנית הוא הבטחת הקרקע הנדרשת לפיתוחה של מערכת הבריאות עד לשנת היעד, ויצירת מסגרת חוקית לפיתוחם של מוסדות בריאות על ידי קידום תוכניות מפורטות עבורם.

אין חולק כי לפיתוח מערכת הבריאות בישראל ולשמירה על מעמדה כמערכת בריאות של מדינת עולם ראשון מול הגידול באוכלוסייה ומול התפתחות הטכנולוגיות הרפואיות נדרשת יותר מהבטחת הקרקע, וכי ניהול מוסדות הרפואה, תקצוב, וקידום ואימון כוח אדם הם בעלי משקל גדול לפחות – אם לא יותר – מהבטחה סטטוטורית של הקצאות קרקע לפיתוח מוסדות האשפוז. אולם נושאים אילו אינם נופלים בגדר חוק התכנון והבניה וממילא אינם מעניינה של תכנית המקודמת ומאושרת במסגרתו של חוק זה. תכנית המתאר הארצית מפנימה את מדיניות הבריאות והתפתחותה כתשתית להבנת צרכי הפיתוח הפיסי של המערכת. מסמכי התוכנית כוללים התייחסות למדיניות הבריאות ולסוגיות העיקריות העומדות לפתחה בישראל – אולם אך כמסמכים מנחים הנספחים למסמכי התוכנית הסטטוטוריים.

מסמכיה המחייבים של התוכנית – תשריט ותקנון – מגדירים את הקצאות הקרקע שיש לשמור לצורך פיתוח מוסדות רפואה, ולצורך פיתוח מערכת הבריאות בכלל, בעשורים הקרובים. המסמכים קובעים לגבי הקצאות הקרקע את השימושים המותרים בהם, ואת ההוראות החלות עליהם. הוראות אלו מטיבן יהיו הוראות מכלילות, הקובעות את כללי השימוש בהקצאות הקרקע כולן ואשר אינן מתייחסות לכל אתר קונקרטי, אלא מהוות תשתית להכנת תוכניות מפורטות עבורו. תוכניות מפורטות יכללו את השימושים וההוראות הספציפיים – דוגמת שטחי בניה, הסדרי תנועה, הנחיות סביבתיות, מגבלות על הבניה והפיתוח בסביבה העוטפת – הנכונים עבור כל אתר ואתר.

מסמך מדיניות לפיתוח מערכת הבריאות בישראל: כאמור, מטרתה העיקרית של תמ"א 49 היא פיתוח כולל של מערכת הבריאות בישראל בדרך של הקצאת שטחים למוסדות אשפוז. עם זאת, לפיתוח מערכת הבריאות נדרשים אמצעי מדיניות משלימים והתמודדות רוחבית ומקיפה עם סוגיות המפתח העומדות לסיפה של המערכת. החשיבה המערכתית והאסטרטגית על פיתוח מערכת

הבריאות עומדת בבסיס התכנון הפיסי עליו מורה תמ"א 49. על מנת להבין את עקרונות המדיניות, ועל מנת להתייחס לסוגיות המורכבות עימן הן מתמודדים, נכתב מסמך מדיניות המהווה אחד ממסמכי התוכנית המנחים.

מסמך המדיניות עוסק בקשת רחבה של סוגיות מדיניות, המלוות את מערכת הבריאות בישראל במגוון תחומים מזה שנים, תוך הצעת המלצות מדיניות המנוסחות כ"כללי אצבע" או עקרונות כלליים לפעולה. מטרתו לזהות מצוקות, חסמים ואתגרים במערכת כמו גם מענים ופתרונות אפשריים, זאת על מנת לצמצם את הפער הקיים שבין "המצוי" ל"ראוי". המסמך מורכב משני חלקים. החלק הראשון והעיקרי מתאר את עיקרי מדיניות הפריסה והפיתוח של מערכת מוסדות הבריאות בישראל. החלק השני דן באמצעים המשלימים הדרושים להשגת יעדי המדיניות המתוארים, ובהם משאבים תקציביים, כלי חקיקה, מנגנוני רגולציה ועוד.

2. שלבי פיתוח החלופות

הכנתה של תכנית המתאר הארצית למוסדות בריאות עומדת בשלב השלישי לתהליך התכנון, במהלכו מפותחות חלופות תכנון פריסת מוסדות האשפוז בחלוקה ארצית ומרחבית ובהתאם לסווגם לפי מיטות אשפוז כללי, גריאטרי שיקומי, פסיכיאטרי ושיקומי. פיתוח החלופות נסמך על אומדן הביקוש העתידי למיטות אשפוז, (ראו הסבר בסעיף הבא) וכולל שני שלבים/רכיבים עיקריים:

חלופות פרוגרמתיות: גיבוש מספר חלופות לפיתוח מוסדות האשפוז הנדרשים: מהו היקף מיטות האשפוז בהתאם לתרחישים ולתחזיות הביקוש, כמה בתי חולים נדרשים - בהתייחסות להרחבת מוסדות קיימים ולפתוח מוסדות חדשים לכל אחד מתחומי האשפוז , בהתאם לשיקולים תכנון ופריסה .

חלופות מרחביות – גיבוש מספר חלופות לשם קביעת הקצאות קרקע ומיקום אתרים לפיתוח מוסדות חדשים בחלוקה לסוגי האשפוז.

בסעיף זה יתואר בקצרה כלל תהליך פיתוח והערכת החלופות. בסעיפים הבאים תתואר מתודולוגיית העבודה ביתר פרוט, ויוסברו בתמצית תוצרי התהליך.

א. אומדן הדרישה למיטות אשפוז – פיתוח תרחישים:

צריכת שירותי בריאות משתנה משמעותית כתלות בפרמטרים רבים הקשורים לגיל, מצב כלכלי-חברתי, מגדר ומקום מגורים - מלבד כמובן, המטען הגנטי והשפעות סביבתיות אחרות. משתנים אלו מאפשרים לבצע מיפוי של קבוצות צרכנים מרכזיות בשירותי בריאות ולנסות לאפיין אילו אוכלוסיות עשויות להידרש יותר מאחרות לשירות רפואי. בנוסף, הנגישות לשירותי הבריאות, המודעות לבריאות והדרישה לקבל שירותים קשורה אף היא למשתנים חברתיים כלכליים, המשפיעים על צריכת השירותים בפועל.

על בסיס התרחישים נערכה סימולציה של צריכת שרותי הבריאות ונקבע אומדן טווח לביקוש במיטות אשפוז לשנת היעד של התוכנית. המודל לאומדן מיטות אשפוז המחיש את משמעויות גידול

האוכלוסייה והשתנות שיעור קבוצות הגיל לפי קבוצות אוכלוסייה ולפי שיוך אזורי על היקף ימי אשפוז ומיטות.

אומדן מיטות אשפוז מבטא את המשמעויות של גידול האוכלוסייה ובעיקר הזדקנותה לפי תרחישי פריסתה במרחב על היקף ימי אשפוז ומיטות לפי המחוזות.

לאור הקשר בין גיל ומגדר וקבוצות אוכלוסייה שונות לבין תחלואה נבנה מודל הקושר בין צריכת שירותי בריאות לבין המאפיינים שתוארו לעיל והנחות אודות השתנות התחלואה ומאפייני האשפוז.

חשוב לציין שהאומדן אינו מתיימר לשקף תחזית מלאה לכמות החולים או ימי האשפוז בשנות היעד מכיוון שישנם משתנים רבים שאינם ידועים ברמת הטיפול הרפואי הזמין בשנים אלו. ככלל, קשה לחזות את התפתחות הטיפולים והטכנולוגיות הרפואיות לטווח ארוך יחסית של שנים. במקום זאת, האומדן נועד להמחיש את מגמות השינוי באוכלוסייה, לסייע בהבנת המשמעויות הלאומיות והאזוריות של מגמות אלו ולשמש כלי עזר לקבלת החלטות והקצאת משאבים.

בכל התרחישים המתבססים על תחזיות גידול אוכלוסייה והזדקנותה ישנו גידול משמעותי בהיקף מיטות האשפוז הנדרש[1].

ב. ניתוח צרכי הפיתוח של מערכת הבריאות לטווח הארוך:

בהתבסס על מספר מיטות האשפוז הנדרשות בשנת היעד ועל ניתוח הפערים בינו ובין היצע האשפוז הקיים - נקבע הצורך בתוספת מיטות אשפוז במחוזות ישראל השונים עד לשנת 2048 : יעד לתכנון.

נוסף על האשפוז הכללי, נבחן גם הצורך במיטות אשפוז גריאטרי, ובאשפוז פסיכיאטרי ושיקומי בשנת היעד. לארבעת סוגי אשפוז אלו מאפיינים שונים, אשר משפיעים על אומדן צריכתם העתידית - ולפיכך חושבה התוספת הנדרשת בהם בנפרד. עם זאת, אספקת סוגי האשפוז השונים תהיה משולבת, באותו המוסד הרפואי או במוסדות סמוכים בקמפוס מוכלל אחד או במוסדות עצמאיים. קיים יתרון יחסי לצמידות המוסדות הנוספים לבית החולים לאשפוז כללי מאחר ושלושת סוגי האשפוז "המתמחים"[2] נשכרים ממיקום בסמיכות למוסדות רפואה כלליים אשר מספקים להם שרותי חרום וכלל המערכת נשכרת משימוש משותף בשירותים רפואיים (מכונים, מעבדות וכדומה) ולוגיסטיים המתאפשר עם אשכול מוסדות האשפוז או הכללתם במוסד אחד. לעומת זאת מוסדות עצמאיים בפריסה רחבה הממוקמים ליד ריכוזי אוכלוסייה, מקרבים את השרות הרפואי אם גריאטרי או פסיכיאטרי לאוכלוסיות השונות אותן הם משרתים.

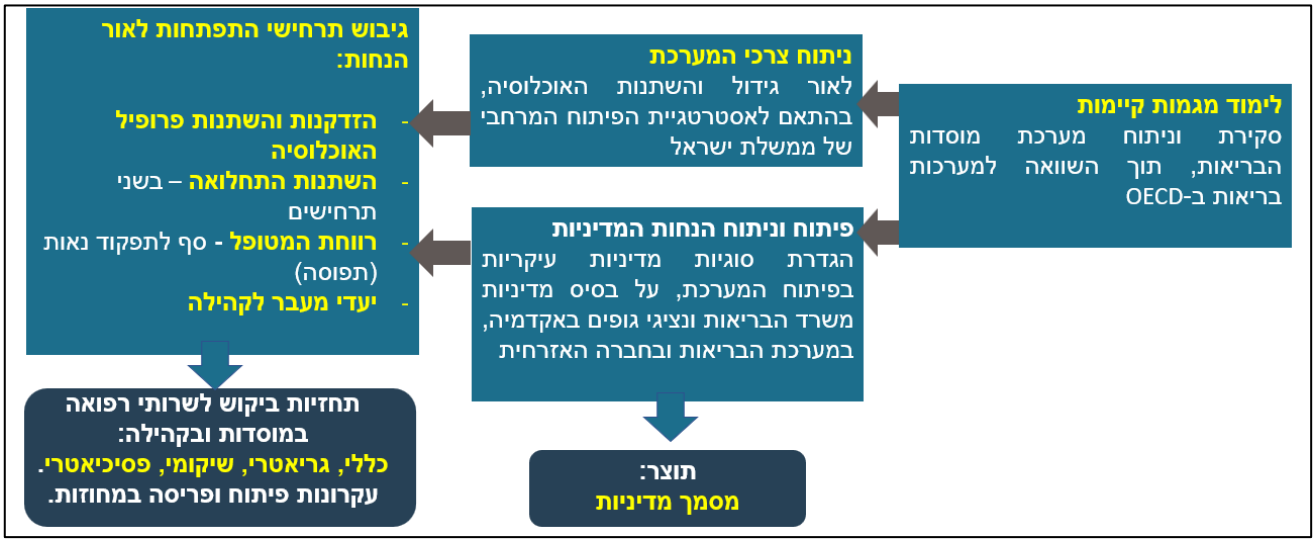
באומדן היעד לתכנון חשוב להתייחס למגמות השינוי בתפקידו של ביה"ח השלישוני אשר יתמקד ברפואה אקוטית – בניגוד לבית החולים בהווה אשר יש בו גם אשפוז חולים כרוניים שבעתיד יעברו לבתי חולים ייעודיים או לטיפול בקהילה - עם מעבר חלק מהשירותים לקהילה, קיצור משך

[1] בתרחיש הבסיס (מתחשב רק בתחזית השינויים הדמוגרפיים - ללא שינוי בהיקף התחלואה הצפוי וללא שיפור בקיבולת האשפוז) נדרשות כ- 32 אלף מיטות אשפוז כללי ביחס ל- 15.9 אלף מיטות אשפוז כללי קיימות כיום. בתרחיש המניח עליה (חזויה) בתחלואה בשנת היעד, ידרשו כ- 43 אלף מיטות אשפוז. אומדן הצרכים החזויים במיטות אשפוז גריאטריות מציג עליה חדה אף יותר לעומת ההיצע הנוכחי.

[2] אין לראות בהם סוגים "משניים" – למעשה, מספר מיטות האשפוז הגריאטרי גדול בהרבה ממספרן של מיטות האשפוז הכללי, וצפוי שיגדל עוד עם הזדקנות האוכלוסייה .

האשפוז, יחד עם פיתוח מרפאות חוץ ואשפוז יום , פיתוח אמצעי נגישות רפואית לאוכלוסיות רחוקות [טלה-מדיסין] פיתוח מוסדות לאשפוז ארוך למחלות כרוניות ממושכות כל אלה ממקדים את תפקידיו של ביה"ח באשפוז וטיפול אקוטי, לצד מחקר ופיתוח.

לשינויים אלו השפעה הן על השטח הנדרש לפיתוח מוסדות רפואה והן על מיקומם בהקשר העירוני והאזורי – השפעות אשר ידונו בסעיפים הבאים.

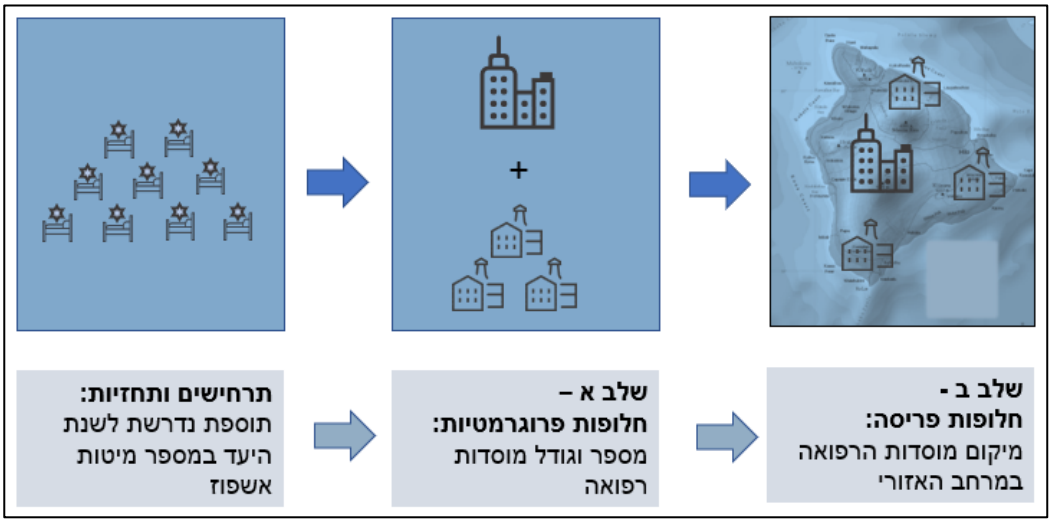


פרוק הבעיה - הבחנה בין חלופות פרוגרמתיות וחלופות פריסה:

החלופות המרחביות לפיתוח מוסדות רפואה מפותחות בחלוקה לארבעה מרחבים גיאוגרפיים: מחוז הדרום, מחוז ירושלים, מחוזות המרכז ותל אביב, ומחוזות הצפון וחיפה. מרחבים אלו הוערכו כקירוב למרחבים תפקודיים מבחינת טווחי השירות של מוסדות הרפואה.

החלופות מפותחות בשני שלבים: פיתוח חלופות פרוגרמה ופיתוח חלופות פריסה. פיצול התהליך לשני שלבים מאפשר התמודדות עם שני ההיבטים המרכזיים בבעיה המורכבת של פריסת מוסדות עתידיים בתנאי אי וודאות גבוהים – מבנה המערכת ופריסת רכיביה – תוך הערכה מושכלת של טווח האפשרויות למענה בכל אחד מהם.

בשלב פיתוח החלופות הפרוגרמתיות נאמדת תוספת המיטות הנדרשת, ונבחנים אופנים שונים לחלוקת תוספת מיטות האשפוז בין מוסדות רפואה – גם הרחבת האשפוז בבתי חולים קיימים וגם פיתוח והקמת מוסדות חדשים – במהלך התקופה עד לשנת היעד.



פיתוח החלופות נערך על ציר של מיקוד השרות הרפואי מול פריסה רחבה של מוסדות האשפוז לסוגיהם – הסעיף הבא ירחיב את הדיון ביתרונות ובחסרונות היחסיים של פריסה מול מיקוד הפיתוח, בהתייחס לסוג האשפוז. פיתוחן של חלופות פרוגרמתיות נועד לענות על השאלות:

- מהי תוספת הפיתוח הנדרשת על מנת לענות על הביקושים בשנת היעד?
- האם תוספת המיטות הנדרשת תתחלק בין הרבה מוסדות בינוניים או בין מספר מוסדות גדולים?
- בכמה יורחבו המוסדות הקיימים?
- כמה מוסדות אשפוז חדשים יש להקים ומאילו סוגים?

יש לשים לב, כי בשלב זה טרם עוסקים במיקומם של המוסדות החדשים.

החלופות הפרוגרמתיות מוערכות לפי מידת התאמתן לעקרונות התכנון שהוגדרו לתכנית, ובהתייחס למרחב הקונקרטי עבורו הן פותחו. החלופה הנבחרת משמשת כפרוגרמה לתכנון הפריסה של מוסדות האשפוז במרחב.

חלופות הפריסה של מוסדות האשפוז - מפותחות מתוך התייחסות לתכנון האסטרטגי הכלל במרחב וליעדי פריסת האוכלוסייה בו. בשלב זה נבחנות אפשרויות שונות לפריסה הפיסית של מוסדות האשפוז שמפרטת הפרוגרמה הנבחרת במרחב הגיאוגרפי.

החלופות פותחו בכל אחד מהמרחבים על בסיס החלופה הפרוגרמתית הנבחרת, ועל בסיס ניתוח מרחבי – מודל פריסת אוכלוסייה חזויה הנשענת על מוסדות הבריאות הקיימים – אשר איתר "חורים" בנגישות לשרותי הרפואה במרחב. על בסיס המודל הוגדרו אזורי חיפוש בהם נדרש למקם מוסד רפואה חדש. חלופות המיקום למוסדות נערכו והוערכו מתוך שיח עם רשויות התכנון המחוזיות והמקומיות.

3. מתודולוגיית פיתוח והערכת החלופות:

א. עקרונות לפיתוח החלופות הפרוגרמתיות:

על בסיס תוספת המיטות הנדרשת שתוארה בסעיף הקודם, פותחו חלופות פרוגרמתיות – כלומר, חלופות לפרוגרמה לחלוקת המיטות בין מוסדות אשפוז. החלופות מתייחסות להיבטים הבאים:

- מספר המוסדות.
- גודל המוסדות – כמה מהם גדולים, כמה בינוניים וכמה קטנים.
- פיתוח מוסדות קיימים לעומת הקמת מוסדות חדשים.

החלופות הפרוגרמתיות פותחו במתודולוגיית העקרון הדומיננטי – ריכוזיות מול פיזור. לפיכך פותחה עבור כל מחוז/צמד מחוזות חלופה לפיתוח ממוקד לעומת חלופת פיתוח מבוזר – כלומר – בין ריבוי בתי חולים בינוניים (חדשים וקיימים) ובין מספר קטן של בתי חולים גדולים (אם בהגדלת בתי חולים קיימים ואם בבניית בתי חולים גדולים חדשים).

עקרון הפיתוח בנוי על הדיכוטומיה שבין – מחד - פריסה רחבה של מוסדות רפואה, המקלה על הנגישות אליהם במרחב, ומאידך - בין ריכוז המשאבים במספר מצומצם של בתי חולים, המאפשר הגדלתם ותמיכה בפיתוח התמחויות-על.

שיפור הנגישות וקיצור מרחקי הנסיעה אל מוסדות הרפואה הם פועל יוצא ישיר של הגדלת מספר המוסדות ופיזורם במרחב הגיאוגרפי. שיפור הנגישות תומך בחלוקה הוגנת של משאבי המערכת, בהטרוגניות שלה ובקשר של מוסדות הרפואה לקהילה. בנוסף, פיזור נרחב של מוסדות הרפואה במרחב תומך גם בחלוקה הוגנת של התועלות החברתיות והכלכליות שלהם – כמוקדי תעסוקה, מוסדות מחקר והוראה, וספקי שירותים – המחזקים כולם את מעמד הישוב. מנגד, בריבוי מוסדות בינוניים אובדים היתרונות לגודל בהיבטיהם השונים: יעילות השימוש בקרקע, איגוד משאבים ויכולת הניהול היעיל, החסינות הפיננסית של המוסדות, והיכולת לפתח התמחויות-על.

פיתוח התמחויות על הינו אחד היתרונות החשובים לגודל שמשיגים מוסדות רפואה גדולים – מספר גדול של מטופלים מאפשר בנית ניסיון של הצוות המטפל במקרים נדירים יחסית, ולפיכך תומך בפיתוח תתי התמחויות - דוגמת הליכים נוירוכירורגים - למוסדות שלישוניים (מוסדות המרכזים התמחויות על) טווחי שירות נרחבים, עד לכלל המדינה: כלל האצבע הינו שגודל אוכלוסיית השירות

של מוסד שלישוני הוא כמיליון וחצי מטופלים. מטופלים אלו מגיעים מכלל מרחב השירות ולא מסביבתו המיידית של בית החולים.

לפיתוח ממוקד יתרון מבחינת יעילות השימוש בקרקע – הן מבחינת העצמת השימוש בעתודות קרקע קיימות בבתי חולים, והן מבחינת הקצאת קרקע לבתי חולים חדשים. ראשית, פרוגרמות לפיתוח ממוקד מרכזות מספר גדול מתוספת מיטות האשפוז הנדרשת במוסדות קיימים ובכך מצמצמות את הצורך בהקצאת קרקע למוסדות חדשים. שנית, הקמת מוסד חדש גדול מצמצמת את צריכת הקרקע יותר מאשר החלפתו במספר מוסדות קטנים יותר.

לגודל האופטימלי של מוסדות רפואה השפעה על הערכת החלופות הפרוגרמתיות. מתוך חקר הידע בעולם ובהקשר הישראלי[3] הודגש היתרון לגודל של מוסדות רפואה במערכת הבריאות הישראלית – מבחינת ניהול, תפקוד ויציבות פיננסית. לפיכך גובשה ההמלצה כי לא יוקם בית חולים הקטן מ-500 מיטות לאשפוז כללי, וכי בתי החולים הקיימים יתוכננו לפיתוח לפחות עד לגודל של 500-600 מיטות אשפוז כללי. לשאלת יעילותם ואיכותם של בתי חולים גדולים – מעל ל-1,200 מיטות אשפוז – תידרשנה המלצות למבנה הניהולי המתאים עבורם, שאינם בטווח אחריותה של תוכנית זו.

ביזור לעומת מיקוד - יתרונות וחסרונות:

	ביזור פיתוח מוסדות רפואה	מיקוד פיתוח מוסדות רפואה
יתרונות	גמישות בהתאמת לפריסת האוכלוסייה	תמיכה בפיתוח התמחויות-על
	שיפור הנגישות וההוגנות באספקת השירותים הרפואיים	תמיכה בהתפתחות מוסדות קיימים ובהרחבת השירותים בהם
	חלוקה הוגנת של תועלות מוסדות רפואה לסביבה	ניצול מיטבי של עתודות קרקע קיימות
חסרונות	חשש ל"קניבליזם" בתחרות על כוח האדם בין מספר גדול של מוסדות	חשש מהקפאת הפערים בין ישובים פריפריאליים למרכזיים באספקת שרותי בריאות
	הגדלת הצורך – והעלות - בפיתוח שירותים ותשתיות למוסדות האשפוז	חשש מתפקוד מוחלש של המערכת בשעת חירום (פגיעה בבתי חולים).

בסך הכל פותחו ארבעה סטים של חלופות: למחוז הצפון ולמחוז חיפה; למחוז תל אביב ולמחוז המרכז; למחוז ירושלים; ולמחוז הדרום. מחוזות הצפון וחיפה, ומחוזות תל אביב והמרכז, אוחדו כיון ששטחיהם מתמזגים לאזורי שירות רציפים, וצפוי שטווחי השירות של מוסדות הרפואה בהם לא יתייחסו לגבולות המנהלתיים שבין המחוזות.

[3] לצורך קביעת הגודל האופטימלי של בית חולים נערך סקר ספרות משווה להקשר הבינלאומי, ונערכו התייעצויות בקבוצות מיקוד עם מומחים לניהול מערכות בריאות, על מנת לבחון את הרלבנטיות של הנתונים למערכת הבריאות הישראלית.

ב. עקרונות וקריטריונים להערכת חלופות פרוגרמה:

הערכת החלופות נערכה באופן יחסי - בכל מחוז ומחוז, נבחנו החלופות לפי התאמתן לאופי ולצרכי המחוז. ככלי עזר להערכה פותחה קבוצת קריטריונים שנועדה לבטא את העקרונות שהוסכמו בוועדת העורכים השנייה לתוכנית, כעקרונות המדריכים לפיתוח מערכת הבריאות. הקריטריונים נועדו לבטא את העקרונות באופן קונקרטי, ובמידת האפשר – לאתר אינדיקטורים למידה בה תוכל כל חלופה – כלומר החלטה על ריכוז או פיזור התוספת הנדרשת בקיבולת האשפוז במחוז - לפעול להגשמת העקרון.

יודגש כי הערכת החלופות היא יחסית זו לזו ולא נערכת כהערכת רבת משתנים הכללת משקלות לקריטריונים. השימוש בקריטריונים לא הניב "ציון מסכם" אלא סייע בהבהרת המידה בה יוגשמו עקרונות הפיתוח השונים בכל החלטה על ריכוזיות או פיזוריות הפיתוח, ומהו ה"טרייד אוף" בין העקרונות. ההחלטה – בכל מחוז ומחוז – על החלופה המועדפת תתבסס על קביעת קובעי המדיניות לאילו מעקרונות הפיתוח – ולפיכך לאילו מהקריטריונים – יש לתת משקל עודף בכל אחד מהמחוזות.

העקרונות לפיתוח מערכת הבריאות הינם:

א. **פיתוח מערך מוסדות אשפוז וטיפול בפריסה תואם פריסת האוכלוסייה לשנת 2048**

ב. **פיתוח מערך מוסדות אשפוז הנותן מענה למגוון צרכי הבריאות של האוכלוסייה**

ג. **פיתוח מערכת מוסדות בריאות המקושרת לקהילה ולאוכלוסיות השונות**

ד. **פיתוח מערכת מוסדות בריאות המאפשרת של רצף אשפוז וטיפול משלים במסגרות שונות בקהילה ובבית.**

ה. **פיתוח מערך מוסדות בריאות המאפשר קידום התמחויות מקצועיות ברמה גבוהה**

ו. **ניצול מיטבי של עתודות קרקע קיימות ופוטנציאליות כולל אפשרויות גידול מוסדות בשטחי קרקע קיימים .**

ז. **אפשרויות הרחבת מגוון שירותים במוסדות קיימים ועתידיים תוך התחשבות, בגודל רצוי של בית החולים ובאפשרויות הארגון והניהול.**

ח. **פיתוח הנשען על יכולות המימוש הבינוי, הפיתוח והתקצוב לאורך זמן.**

ט. **פתוח גמיש המאפשר הסבת מוסדות לשימושים שונים/נוספים במערכת שרותי הבריאות.**

עקרון תכנוני: פיתוח מערך מוסדות אשפוז וטיפול בפריסה תואם פריסת האוכלוסייה לשנת 2048

קריטריון (1) - מיקום בקרבת ריכוזי אוכלוסייה בינוניים ומעלה

אינדיקטור: מספר ישובים שאוכלוסייתם גדולה מ-100,000 נפש, שמתוכנן או קיים בהם מוסד רפואה.

הסבר: מיקום מוסדות רפואה בסמיכות לריכוזי אוכלוסייה מגדילה את יעילות המערכת מנקודת מבטם של המשתמשים – קיצור זמני ועלויות נסיעה, שיפור בנוחות - ומשפרת את נגישות שרותי הרפואה לאוכלוסייה. ככל שיותר ריכוזי אוכלוסייה משמעותיים ייהנו מסמיכות למוסד רפואה, החלופה מציגה נגישות והלימה לפריסת האוכלוסייה.

קריטריון (2): פיזור תואם ריכוזי אוכלוסייה

הסבר: כיון שריכוזי האוכלוסייה הבינוניים ומעלה אינם מפוזרים באופן הומוגני במרחב, גם כאשר בסמיכות לרבים מהם מצוי מוסד רפואה יוותרו אשכולות ישובים אשר עלולים להיות מרוחקים באופן בלתי מידתי ממוסדות רפואה. הקריטריון השני משלים את הקריטריון הראשון באומדן התאמת הפרוגרמה לפריסת האוכלוסייה – הוא בוחן את האפשרות למקם מוסד רפואה בסמיכות לכל אשכול ישובים, על ידי אומדן היחס בין מספר גושי הישובים במרחב, ובין מספר מוסדות הרפואה המתוכננים בו.

עקרון תכנוני: פיתוח התמחות רפואית

קריטריון (3): תמיכה בפיתוח מומחיות מקצועית

הסבר: מרכזי על הינם בתי חולים גדולים שביכולתם לספק מגוון רחב של שירותי רפואה מתקדמים, לרבות מחלקות ויחידות העוסקות גם בתת התמחויות ייחודיות ומצבים רפואיים יחסית נדירים. כיום מגדיר משרד הבריאות ששה מוסדות רפואה כמרכזי על: רמב"ם, בילינסון, שיבא, איכילוב, הדסה עין כרם וסורוקה. גודל בית החולים מאפשר הן ריכוז מקרים נדירים והן החזקת כוח אדם המספיק לפיתוח תתי התמחויות. ככל שבחלופה מוגדרים יותר מוסדות גדולים (למעלה מ-1,000 מיטות אשפוז), מתחזקת התמיכה שלה ביכולת לפיתוח תתי התמחויות.

עקרון תכנוני: יכולת מימוש

קריטריון (4)– ניצול עתודות קרקע קיימות

הסבר: כל החלופות מתבססות על אותה תוספת נדרשת במספר מיטות אשפוז. חלופה אשר מקצה חלק גדול ביחס מכלל התוספת הנדרשת במרכזי רפואה קיימים/מתוכננים כיום מנצלת יותר את עתודות הקרקע המסומנות כיום לפיתוח מרכזי אשפוז.

קריטריון (5): ייעול השימוש בקרקע

הסבר: עם עלית הצפיפות והצטמצמות הקרקעות הפנויות בישראל, מתחזק העקרון התכנוני של מיתון הדרישה להקצאת קרקע נוספת ככל הניתן. הדרישה לקרקע נוספת בחלופות מושפעת ממספר גורמים: החלק היחסי של תוספת המיטות המופנה למרכזים חדשים שטרם אותר להם קרקע וחלוקת התוספת בין מוסדות.

עקרון תכנוני: אפשרות הרחבת מוסדות קיימים

קריטריון (6):אפשרות פיתוח מוסדות קיימים

הסבר: הגדלת מוסדות אשפוז קיימים תומכת ביכולתם לצבור ניסיון ולפתח התמחויות ותתי התמחויות. ככל שיש יותר מוסדות אשר קיבולת האשפוז שלהם גדלה באופן משמעותי (למעלה מ-30%) , כן תומכת יותר החלופה בפיתוח מוסדות קיימים.

עקרון תכנוני: אפשרות הרחבת מוסדות קיימים

קריטריון (8) – זמינות קרקע לפיתוח נוסף במוסד קיים

אינדיקטור: אפשרויות הרחבה ותוספת מיטות במוסדות קיימים

הסבר: הגדלת מוסדות אשפוז כלליים וגריאטריים קיימים תומכת ביכולתם לצבור ניסיון ולפתח התמחויות ותתי התמחויות. ככל שיש יותר מוסדות אשר קיבולת האשפוז שלהם גדלה באופן משמעותי, כן תומכת יותר החלופה בפיתוח מוסדות קיימים.

ג. עקרונות לגיבוש וקריטריונים להערכת החלופות המרחביות

הערכת החלופות המרחביות מתמקדת בשקלול חלופות שטחים להקמת מוסדות אשפוז חדשים במסגרת מרחב איתור. בדומה למתודולוגית הערכת חלופות הפרוגרמה, גם בהערכת החלופות המרחביות הוגדרו עבור כל עקרון תכנוני קריטריונים לבחינת החלופות המרחביות השונות. הקריטריונים מתייחסים לשיקולים תפעוליים של מערכת מוסדות בריאות, שיקולים חברתיים, מרחביים וסביבתיים. סט הקריטריונים שיוצג כאן שונה מהסט שפותח להערכת חלופות הפרוגרמה כיון שהוא מתמקד בהקשר המרחבי של האתרים החלופיים ובזיקתם לסביבה.

עקרון תכנוני: התאמה לפריסת האוכלוסייה לשנת 2048

קריטריון (1) - מיקום בקרבת ריכוזי אוכלוסייה בינוניים ומעלה ומרכזי ערים

הסבר: מיקום מוסדות רפואה בסמיכות לריכוזי אוכלוסייה מגדילה את יעילות המערכת מנקודת מבטם של המטופלים ובני משפחתם. במרכזי הערים, בהן נמצאת האוכלוסייה הרבה והצפופה ביותר בישראל, ראוי שיהיו מוסדות ייעודיים לאשפוז. מיקום מוסדות האשפוז בקרבה למרכזי הערים יאפשר נגישות לפינוי מהיר בחירום, שימוש בשירותים משלימים, וקרבה אל בני משפחתו של המטופל. כך יוכלו קרובי משפחת המאושפז לשמור עמו על קשר קרוב יותר, דבר שהוכח כבעל השפעה חיובית על קיצור משך האשפוז האקוטי, על איכות ההחלמה ועל חזרתו לחיים חברתיים בקהילה. ככל שיותר ריכוזי אוכלוסייה משמעותיים ייהנו מסמיכות למוסד רפואה, החלופה מציגה נגישות והלימה לפריסת האוכלוסייה.

עקרון תכנוני: קישור לקהילה ולאוכלוסיות שונות המרכיבות אותה

קריטריון (2) - נגישות אזורית

אינדיקטור: צמידות אל דרכים ראשיות

הסבר: נגישות אזורית מאפשרת הנגשת השירות באזורים פרבריים וכפריים – צמצום הפערים בנגישות לרפואה לתושבים בישובים קטנים ומרוחקים. הנגישות בקריטריון זה נמדדת במיקום המוסדות הגריאטריים בצמידות אל דרכים ראשיות. ככל שהמוסדות הנותנים מענה רחוקים יותר מדרך ראשית, כך החלופה מציגה הוגנות פחותה.

קריטריון (3) - נגישות לתחבורה ציבורית

אינדיקטור: צמידות אל מוקדי תחבורה להסעת המונים

הסבר: נגישות לתחבורה להסעת המונים תומכת בנגישות ביקורי משפחות של מטופלים – ככל שמוסדות הבריאות יהיו קרובים יותר לאמצעי הסעת המונים, כך יוכלו קרובי משפחת המאושפז לבקרו לעתים תכופות ללא תלות בבעלות על רכב פרטי. הנגישות בקריטריון זה נמדדת באיכות מוקד התחבורה להסעת המונים והיקף הנוסעים המסוגלים להגיע אליו. ככל שיש בסמיכות למוסדות יותר סוגי תחבורה להסעת המונים (קיימים ומתוכננים כאחד), כמו תחנת רכבת, רק"ל ומטרו, כך החלופה מציגה הוגנות גבוהה יותר.

עקרון תכנוני: פיתוח מערכת מוסדות בריאות המקושרת לקהילה ולאוכלוסיות השונות

קריטריון (4) - הטרוגניות, הוגנות חברתית – נגישות קבוצות אוכלוסייה שונות

אינדיקטור: קרבה לריכוזי אוכלוסיות מעורבות/ייחודיות – ערבים, דרוזים, בדואים, חרדים

הסבר: מסיבות היסטוריות, מוקמו מוסדות האשפוז בישראל בישובים עירוניים גדולים או בישובים בינוניים יהודים. כתוצאה, נגישות תושבים בישובים ערבים קטנים למוסדות רפואה אקוטית היא נמוכה יחסית. חלופה אשר תאפשר מיקום יותר מוסדות רפואה בישובים מעורבים או בישובים ערביים בינוניים תשפר את הנגישות היחסית של אוכלוסייה זו ולפיכך תשרת את העקרון התכנוני של קישור לקהילה ושיפור השוויוניות.

עקרון תכנוני: פיתוח תעסוקה מקומית

קריטריון (5) – פוטנציאל תעסוקתי

אינדיקטור: מספר המועסקים הפוטנציאלי בתחום הבריאות ביישוב בו יוקם מוסד רפואה

הסבר: ככל שבחלופה מוגדרים מוסדות רפואה במקומות שבהם כוח אדם איכותי המועסק בהווה או בעתיד במערכת הבריאות, מתחזק הפוטנציאל שלה לשיפור התעסוקה המקומית מחד ולשיפור כוח האדם בשירות הבריאות הציבורי מאידך.

עקרון תכנוני: יכולת מימוש

קריטריון (6) – זמינות קרקע בבעלות ציבורית

הסבר: אפשרות המימוש של מוסד רפואה בקרקע בבעלות ציבורית גבוהה מאשר בקרקע בבעלות פרטית. בכל מקום שבו קיימים שטחים משוריינים לטובת מבני ציבור, ישנה ודאות גדולה יותר באשר ליכולת המימוש של התכנית.

תמ"א 49, דו"ח שלב ג'

חלק שני:

מדיניות התכנון - גיבוש חלופות פרוגרמה ובחירה מועדפת

חלק שני: מדיניות התכנון - גיבוש חלופות פרוגרמה ובחירה בחלופה מועדפת

4. חלופות ביקושים לאשפוז כללי

א. הנחות מוצא לפיתוח תרחישים וחלופות:

בשלבי התכנון הקודמים בהכנת תכנית המתאר הארצית נערכה בחינה מקיפה של תרחישי התפתחות למערכת הבריאות. תרחישים אלו התבססו על שינויים בדמוגרפיה, במגמות תחלואה ובמדיניות הבריאות הם נערכו ברזולוציה לרמת המחוז ותוך רגישות לגורמים שונים – הרכב האוכלוסייה וקצב ההזדקנות השונה - המשליכים על צריכת שרותי בריאות. התרחישים הציגו טווח שונות המתבסס על אפשרויות התפתחות שונות: תרחישי יחוס שונים לגידול האוכלוסייה; שיפור בקיבולת האשפוז (יחס מיטות לאלף נפש) או שמירה על הקיים; עליה מתונה או חריפה בשיעור התחלואה; ומעבר מהיר או איטי לטיפול בקהילה. כל אחד מהיבטים אלו ידון כאן בקצרה.

תרחישי יחוס לגידול האוכלוסייה:

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ערכה שלוש תחזיות לגידול והשתנות פרופיל האוכלוסייה. התחזית הבינונית, עליה מסתמכת עבודה זו, צופה שאוכלוסיית ישראל תגיע לכ- 10 מיליון בשנת 2024, 15 מיליון בשנת 2048 ול- 20 מיליון בשנת 2065.

על בסיס תחזיות האוכלוסייה של הלמ"ס, נבנה על ידי המועצה הלאומית לכלכלה מודל לפריסת אוכלוסייה לשנת 2040 הכלל 2 תרחישי פריסת אוכלוסייה מרכזיים: תרחיש הכולל את יעדי התכנית האסטרטגית ("תרחיש יעדים") ותרחיש המבטא המשך של מגמות קיימות בפריסת האוכלוסייה ("תרחיש מגמות")

העלייה בשיעור התחלואה:

אחד האתגרים מולם עומדת מערכת הבריאות (בארץ כמו בעולם) הוא הצפי לגידול בתחלואה. הכרוכה במספר גורמים – העיקרי ביניהם הזדקנות האוכלוסייה – אולם לצידו רואים עליה בתחלואה בילדים ובצעירים והעליה בתוחלת החיים של חולים במחלות שבעבר היו אקוטיות. אנו רואים כיום ריבוי מצבים רפואיים כרוניים אשר גוררים עליה בביקוש לשירותים רפואיים בכלל, ולטיפול סיעודי ומורכב בפרט. כיון שחולה כרוני צורך שירותי בריאות בהיקף העולה פי כמה על הממוצע, וכיון ששיעורי התחלואה הכרונית (דוגמת סכרת ותחלואה לבבית) שונים בין אוכלוסיות שונות ובין אזורים גיאוגרפיים שונים בישראל – יש להתפתחות זו השפעה רבה על הביקוש לשרותי בריאות ואשפוז בפרט.

לצורך אומדן הביקוש העתידי לשרותי אשפוז התייחסנו לשלושה תרחישים, אשר פורשים את טווח האפשרויות ביחס להיקף התחלואה וימי האשפוז החזויים:

תרחיש תחלואה בסיסי – תרחיש זה מקבע את מאפייני התחלואה הנוכחית (בהיבט של ימי אשפוז ל- 1,000 נפש לפי גיל באגפים השונים) ומתחשב רק בהשפעת השינויים הדמוגרפיים לפי המחוזות (גידול האוכלוסייה לפי שכבות הגיל).

תרחיש תחלואה נמוך – תרחיש זה כולל עלייה מסוימת בהיקפי התחלואה (או בהיבט של היקף התחלואה או בהיבט של משך האשפוז) על פי הנחות מתונות המבוססות על חוות דעת מקצועיות.

תרחיש תחלואה גבוה – תרחיש זה כולל עלייה משמעותית יותר בהיקפי התחלואה (בהיבט של היקף התחלואה או משך האשפוז) על פי הנחות המבוססות על חוות דעת מקצועיות.

הנחה נורמטיבית על שיפור בקיבולת האשפוז:

שיעור התפוסה של מיטת אשפוז מבטא את רמת השרות והעומס על המערכת ואת מידת יעילות השימוש במערכת האשפוז – ככל ששיעור התפוסה הממוצע גבוה ומתקרב ל-100%, יעילות השימוש במשאבי המערכת גדלה. עם זאת, מאחר ושיעור התפוסה הוא ממוצע ומכליל בתוכו אירועים של שיאי וחריגות באשפוז (דוגמת גל האשפוז השנתי בזמן התפרצויות שפעת), שיעור תפוסה גבוה משמעו תקופות בהן המערכת פועלת מעבר לסף הקיבולת שלה ונאלצת למצוא פתרונות למאושפזים שאין עבורם מיטות אשפוז פנויות (תופעת "הזקנה במסדרון"). הגדרת תפוסת מיטות האשפוז האופטימלית הינה הגדרה נורמטיבית, אשר מוצאת את האיזון בין שימוש יעיל במשאבי המערכת ושמירה על רמת השירות הרפואי.

בישראל שיעור התפוסה הממוצע של מיטות אשפוז כיום הינו 89% - שיעור גבוה בהרבה מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD העומד על 75%. שיעור התפוסה הגבוה מבטא את הירידה ההדרגתית במספר מיטות האשפוז ביחס לגודל האוכלוסייה, כאשר מספר קטן ביחס של מיטות צריך לענות על צרכי האשפוז של אוכלוסייה גדולה ביחס, ולפיכך השימוש בהן אינטנסיבי יותר.

מכאן שלקביעת שיעור התפוסה השלכה על אומדן הביקוש למיטות אשפוז – כאשר שיעור התפוסה גבוה יותר, נדרש מספר נמוך יותר של מיטות עבור אוכלוסייה ומאידך – ירידה בשיעור התפוסה תתבטא בעליה לביקוש למיטות אשפוז, או עליה במספר מיטות האשפוז ל-1,000 נפש. כאמור, ההחלטה על שיעור התפוסה הינה החלטה נורמטיבית. בתיאום מול משרד הבריאות, נבחנו בחלופות השונות האומדנים לביקוש החזוי על שיעורי תפוסה של 80% ושל 85% - שיפור לעומת המצב הקיים כיום, אולם שיעורים גבוהים מהמקובל במדינות ה-OECD.

המעבר לטיפול בקהילה:

במערכת הבריאות יש הטוענים כי במקום להגדיל את סך המיטות הכללי, יש לבצע שינוי ארגוני פנימי בתוך בית החולים על מנת לייעל את עבודתו. לדוגמא, יש להמיר מיטות אשפוז קיימות למיטות אשפוז מורכבות יותר - מיטות טיפול נמרץ כללי, נשימתי ולב, מיטות טיפול נמרץ ביניים, מיטות טיפול נמרץ ביילוד וכדומה. בהתאמה, יש להעביר חלק מן האשפוז הכרוני והסיעודי הקיים כיום בבתי החולים למוסדות הבריאות בקהילה, בהם הטיפול זול יותר, מזוהם פחות, ממוחשב יותר ומבטיח רצף טיפולי. מעבר האשפוז שאינו אקוטי מבתי החולים לקהילה מחייב פיתוח ועיבוי מסגרות האשפוז בקהילה ובכלל זה תחליפי האשפוז של קופות החולים והמערך התומך באשפוז ביתי[4].

באשפוז הפסיכיאטרי רואים כיום מהלך מהיר של מעבר לקהילה, שהחל במסגרת מדיניות הרפורמה המבנית בתחום רפואת הנפש, שנכנסה לתוקפה בשנת 2015, אשר העבירה את מרכז הכובד של הטיפול בחולים הפסיכיאטריים מבתי החולים למוסדות הקהילה (קופות החולים). אחד הלקחים העולים משום הרפורמה הוא ההכרח בהקמת תשתיות לטיפול ולאשפוז בקהילה טרם

[4] ראו מסמך המדיניות לתמ"א 49, פרק 5 : דמותו העתידית של המרכז הרפואי, עמ' 32.

העברת עיקר השירותים הרפואיים אליה. עם זאת, מדיניות משרד הבריאות תומכת בהמשך הרפורמה וצפוי כי שיעור האשפוז הפסיכיאטרי העובר לקהילה יתעצם בעשורים הקרובים.

לצורך גיבוש התרחישים הונח מעבר של חלק מהאשפוז בבתי החולים לקהילה, בשיעורים הנעים בין 15% ל-20% מכלל מיטות האשפוז הכללי – ועד ל-50% מכלל מיטות האשפוז הפסיכיאטרי. באשפוז לגיל השלישי והרביעי [הגריאטרי] הונח , לאור הגידול המשמעותי באוכלוסיית גילאים אלה ובהיקף הדרישה החזויה, המשך המצב הקיים המתבסס על 20% אשפוז גריאטרי אקוטי בבתי חולים משולבים או ייעודיים [מר"גים].

ב. תמצית החלופות הפרוגרמתיות

קיבוץ התרחישים לחלופות:

ארבעת המשתנים שתוארו כאן מניבים – תיאורטית – ששה עשר תרחישים שונים להתפתחות מערכת הבריאות ואומדן הביקוש למיטות אשפוז כללי בשנת היעד. על מנת לאפשר בחינה מושכלת שלהם, קובצו התרחישים לשלוש חלופות פרוגרמתיות, בהתאם לקומבינציות של שלושת ההנחות הנורמטיביות המבססות את טווח השונות: שיעור המעבר לקהילה, שיעור תפוסת המיטות ושיעור העלייה בתחלואה. הקומבינציה בבסיס כל אחת מן החלופות היא תולדת הערכה מושכלת ותפיסה ערכית ביחס לפיתוחה הצפוי של מערכת הבריאות:

חלופה A (משרד הבריאות) – מניחה שיעור מתון יחסית של מעבר לקהילה (15%), שיפור ניכר בשיעור תפוסת המיטות (מכ-90% כיום ועד ל-80% בשנת היעד) ושיעור גבוה יחסית של עליה בתחלואה (15%). מקורה של חלופה זו היא השאיפה להבטיח יתירות במענה לביקושים העתידיים.

חלופה B (בחינת מרחב גמישות – עמדת משרד האוצר) – מניחה שיעור גבוה של מעבר אשפוז לקהילה (20%), שיפור מתון בתפוסת המיטות (85%) ועליה נמוכה בתחלואה (5%). חלופה זו מבטאת את השאיפה ליצור מערכת יעילה אשר פיתוחה יתחשב במוגבלות אפשרויות ניצול משאבים.

חלופה C (חלופת אמצע) – מניחה שיעור מתון של מעבר לקהילה (15%), שיפור מתון בתפוסת המיטות (85%) ועליה נמוכה בתחלואה (5%). חלופה זו באה לאזן בין השאיפה לשמור על יתירות בפיתוח המערכת, ובין השאיפה לצמצם את השימוש במשאבים הציבוריים.

כל אחת מן החלופות מאגדת שני תרחישים, העונים לשני תרחישי הייחוס לגידול האוכלוסייה (מגמות ויעדים). לפיכך, מציגה כל אחת מן החלופות בפני עצמה טווח ביקוש. לצורך הנוחות, נציג בפרישת החלופות בהמשך הפרק את הממוצע בין שני התרחישים עבור כל חלופה.

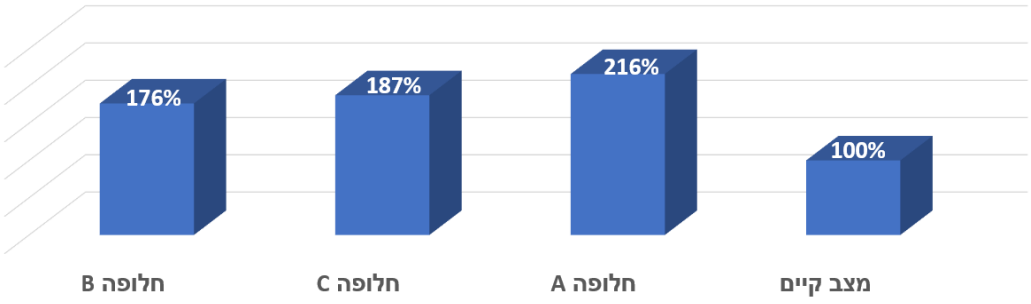
טבלה X מציגה את מבחן רגישות, אשר משווה את הביקושים למיטות אשפוז כללי לשנת היעד עבור שלושת החלופות.

	חלופה – A משרד הבריאות	חלופה - C חלופת אמצע	חלופה - B בחינת מרחב גמישות
מעבר לקהילה	15%	15%	20%
תפוסת מיטות	80%	85%	85%
עלייה בתחלואה	15%	5%	5%

	מצב קיים	סה"כ ביקוש למיטות אשפוז		
מיטות ל – 1,000 נפש	2.25	1.95	1.83	1.75
	35,207	30,560	28,762	16,299

מבחן הרגישות מעלה כי בכל החלופות הביקוש לשרותי אשפוז כללי יהיה גדול בהרבה מההיצע הקיים כיום – פער שהינו בעיקר תולדה של גידול והזדקנות האוכלוסייה. בנוסף, קיים פער של למעלה מ-6,000 מיטות אשפוז בביקוש החזוי בין חלופה B לחלופה A. בכל שלושת החלופות הביקוש החזוי לשרותי האשפוז ל-1,000 נפש גבוה מההיצע הקיים כיום. מנועי השינוי לעליה בממוצע המיטות הנדרש, הם העלייה בתחלואה, הזדקנות האוכלוסייה, וההנחה הנורמטיבית על ירידה בשיעור תפוסת המיטות (שיפור רווחת האשפוז).

בכל שלושת החלופות היחס בין הביקוש החזוי לשרותי אשפוז כללי ובין היצע האשפוז הקיים הוא בקירוב כפול – בחלופה B תידרש עליה ל-176% לכמות מיטות הקיימות, בחלופה C עליה של 187%, ואילו בחלופה A עליה של 216% - למעלה מכפליים.



הערכת החלופות הפרוגרמתיות – מבט ארצי

הערכת החלופות נעשתה ביחס לכל אחת משלוש הנחות הבסיס הנורמטיביות: מעבר לקהילה, תפוסת מיטות ועליה בתחלואה. ההערכה נעשתה בידי האגף לתכנון אסטרטגי במשרד הבריאות, והיא מבטאת את עמדת המשרד ביחס לשלושת נושאי מדיניות ניהול הבריאות שמבטאות ההנחות.

שיעור המעבר לקהילה: נע בין 15% בחלופות A, C ו-20% בחלופה B. השיקולים המרכזיים בהערכת חלופות שיעור המעבר לקהילה הינם:

- הקופות מאמינות שיוכלו להגדיל את היקף אשפוזי הבית ולהגיע לשיעור 25% מעבר לקהילה עד לשנת 2048.

- משרד הבריאות מעודד את הגדלת שיעור אשפוזי הבית.
- בפועל שיעור אשפוזי הבית כיום נמוכים – אך גדלים בקצב משמעותי - בעיקר בשל הצורך בהיערכות לוגיסטית מורכבת וכוח אדם שנמצא ברובו בבתי החולים.

קביעת ההנחה על שיעור המעבר לקהילה התבססה על הערכת מגמות התחלואה והאשפוז בעתיד. היקפי התחלואה בעתיד יהיו גבוהים מאוד ומורכבים יותר, וקופות החולים יצטרכו להגדיל באופן משמעותי את תמהיל השירותים אותו ידרשו לספק בבית המטופל ולהיערך מבחינת תשתיות לוגיסטיות, פיסיות, טכנולוגיות - ותשתיות כוח אדם. המחסור בכוח אדם צפוי להחריף, בפרט בעשור הקרוב, ולפיכך לטווח הקצר יהיה לקופות החולים קשה לפתח שירותים בהיקפים גדולים.

בנוסף, תחלואת העתיד תחייב הגדלה משמעותית של מסגרות האשפוז הממושך. לא כל המשפחות ערוכות לטיפול בבית - בפרט לאור הצפי להתרחבות הפערים הסוציואקונומיים בחברה.

היות וכיום שיעור אשפוזי הבית נמוך מאוד – 2% מכלל האשפוזים – למרות התמיכה המשמעותית של משרד הבריאות בנושא ולמרות הרצון להגדיל את היקף אשפוזי הבית, סביר לנקוט בהנחה זהירה, ולא להניח יכולת גידול משמעותית. **לפיכך קביעת משרד הבריאות היא הנחה של 15% מעבר לאשפוז בקהילה.**

שיעור תפוסת המיטות: הינו מעל ל-90% כיום. כל שלושת החלופות מציגות ירידה בשיעור תפוסת המיטות – בין 80% לחלופה B ל-85% בחלופות A, C. השיקולים המרכזיים בקביעת שיעור התפוסה הרצוי הינם:

- ישימות נמוכה למדיניות הקובעת ירידה חדה בשיעור התפוסה – לאור התנגדות האוצר וקופות החולים.
- העדפה לתמרוץ כלכלי של גידול באשפוזי הבית.
- נשמרת אפשרות להגדלה מהירה של קיבולת מיטות האשפוז במצבי חירום – הנחיה להקמת חניונים בתת הקרקע בפיתוח בתי חולים חדשים.

קביעת הנורמה של שיעור תפוסת המיטות התבססה על הערכת משרד הבריאות כי בעתיד יגדל מספר האישפוזים הממושכים באופן משמעותי, וכי המענה עבורם יהיה לא בבתי החולים אלא במסגרות חלופיות, או לחלופין במסגרת אישפוזי בית. 85% אחוזי תפוסה בממוצע מאפשרים לבתי החולים גמישות לגידול מהיר במידת הצורך, ומאידך משמרים את היעילות הקיימת כיום במערכת הבריאות. **לפיכך קביעת משרד הבריאות היא הנחת 85% תפוסת מיטות.**

שיעור העלייה בתחלואה: נעה בין 15% בחלופה A ל-5% בחלופות B ו-C. השיקולים המרכזיים בקביעת מדיניות משרד הבריאות ביחס לעליה החזויה בתחלואה הינם:

- מדרבן: הגידול הצפוי בהיקף אוכלוסיית הגיל השלישי והרביעי עד שנת היעד – והגידול התואם בהיקפי התחלואה.
- מרסן: במקביל, הצפי להתקדמות טכנולוגית משמעותית כתוצאה מהשקעות בפיתוחים טכנולוגיים.

בעשרות השנים האחרונות נצפתה התקדמות רפואית-טכנולוגית בקצב מהיר מאוד, וברחבי העולם מושקעים מיליארדים בפיתוחים טכנולוגיים מסוגים שונים. עם המעבר של חולים קלים לטיפול בקהילה, המאושפזים בבתי החולים יהיו ברובם חולים מורכבים, אשר הטיפול בהם מצריך הקצאת שטחים גדולים יותר פר מטופל (טיפול נמרץ, חדרי ניתוח, ועוד).

מנגד להתקדמות הטכנולוגית צפויים שינויים דרמטיים באוכלוסייה – הכפלתה, עלית שיעור התושבים מעל לגיל 65 לכדי 15%, גידול בתוחלת החיים – אשר יובילו לעליה במספר המחלות הכרוניות ובמשך המחלות והטיפול בהן, לעליה בדמנציה ועוד.

שני הכוחות המנוגדים הללו - אשר פועלים האחד לצמצום התחלואה, והשני להגדלתה, מעריך משרד הבריאות כי **העלייה בתחלואה תהיה מינורית – בשיעור 5%.**

בסיכום - קביעת משרד הבריאות היא כי החלופה הפרוגרמתית C – המתבססת על שיעור 15% מעבר אשפוז לקהילה, על שיעור תפוסת מיטות של 85% ועל שיעור של 5% גידול בתחלואה – היא החלופה הנבחרת, וכי סה"כ הביקוש הצפוי למיטות אשפוז כללי ברמה הארצית יהיה 30,050 מיטות.

הסעיפים הבאים בפרק יתארו את פיתוח החלופה הפרוגרמתית במחוזות השונים, והערכתן, בכל אחד מן המחוזות. **כל החלופות המחוזיות פותחו על בסיס חלופה פרוגרמתית C, חלופת האמצע אשר הגיעה לאחר פשרה בין משרדי האוצר והבריאות.**

ג. חלופות פרוגרמתיות לאשפוז הכללי במחוז הצפון ובמחוז חיפה:

אומדן הצורך במיטות אשפוז – מחוזות צפון וחיפה

בשנת היעד לתוכנית צפויים, לפי תוכנית יעדי הדיור, לגור במחוז הצפון 2.48 מיליון תושבים ואילו במחוז חיפה צפויים לגור 1.83 מיליון תושבים[5]. בהתבסס על הטווח שבין שתי התחזיות ועל השינוי הצפוי בפילוח הגילאים בשנת היעד, נערך אומדן לצורך במיטות אשפוז מסוגים שונים: כללי, גריאטרי, שיקומי ופסיכיאטרי. האומדן נערך בהתאם להנחות בסיס שונות לכל סוג אשפוז, כמפורט בהמשך.

בסעיף זה מתואר הביקוש החזוי במיטות אשפוז כללי בשני המחוזות, תוך פרישת הביקושים (התרחישים) הנובעים מהנחות היסוד השונות כפי שתוארו בסעיף הקודם.

חלופות פרוגרמתיות לאשפוז כללי למחוזות חיפה והצפון:

במחוז הצפון פורשות תחזיות הביקוש למיטות אשפוז כללי טווח הנע בין ביקוש ל-4,136 מיטות אשפוז כללי (בהתבסס על המשך מגמות הגידול, מעבר מהיר לאשפוז בקהילה, תפוסת מיטות 85%, ותרחיש תחלואה נמוך) ובין ביקוש ל-5,369 מיטות אשפוז כללי (בהתבסס על יעדי פריסת האוכלוסייה מעבר איטי לאשפוז בקהילה, תפוסת מיטות בשיעור 80% ובתרחיש תחלואה גבוה). בהתייחס ליעד ממוצע לכל חלופה, הטווח הוא בין 4,377 מיטות אשפוז ל-5,369 מיטות אשפוז – או בין תוספת נדרשת של 2,241 ותוספת נדרשת של 3,233 מיטות לאשפוז כללי עד לשנת היעד.

מחוז צפון	חלופה - A משרד הבריאות	חלופה - C חלופת אמצע	חלופה - B בחינת מרחב גמישות
מעבר לקהילה	15%	15%	20%
תפוסת מיטות	80%	85%	85%
עלייה בתחלואה	15%	5%	5%

סה"כ ביקוש למיטות אשפוז

חלופה - A	חלופה - C	חלופה - B	מצב קיים
יעדים 5,662 מגמות 5,076 יעד ממוצע: **5,369**	יעדים 4,907 מגמות 4,394 יעד ממוצע: **4,650**	יעדים 4,618 מגמות 4,136 יעד ממוצע: **4,377**	**2,136**
2.17 – 2.51	1.98-2.06	1.77 – 2.05	1.45

מיטות ל – 1,000 נפש בהתאם לתרחישי אוכלוסייה

[5] תרחישי המגמות צופים מספר תושבים נמוך במעט – 2.14 מיליון במחוז הצפון ו-1.51 מיליון תושבים במחוז חיפה. אומדן הצורך במיטות מתיחס למיצוע שבין התחזיות.

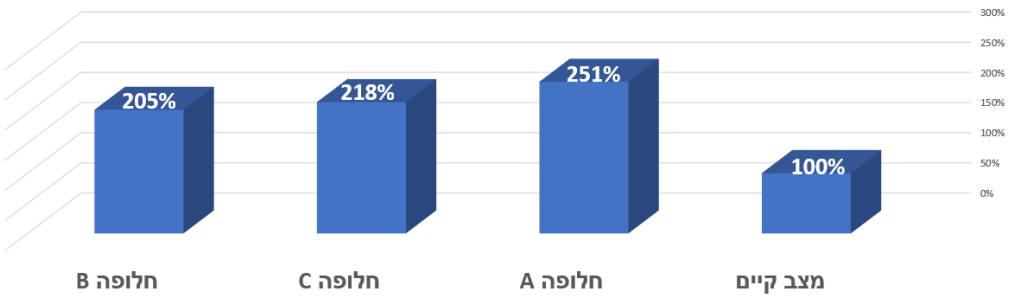
העלייה הנדרשת במספר מיטות האשפוז נעה בין 205% ביחס למצב הקיים בחלופה B – ל-251% ביחס למצב הקיים בחלופה A. בכל החלופות מדובר בעליה חריפה בביקוש, אשר מבטאת חלק מהביקוש האצור הקיים כיום במחוז הצפון – הניכר במספר נמוך (1.45) של מיטות ל-1,000 נפש – הנמוך במחוזות ישראל.

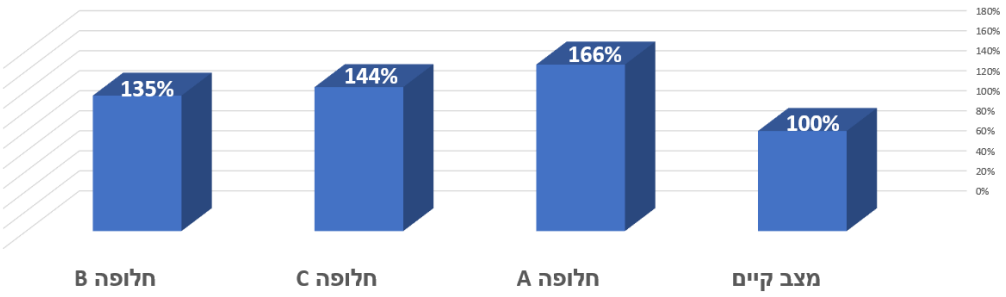
במחוז חיפה פורשות תחזיות הביקוש למיטות אשפוז כללי טווח הנע בין ביקוש ל-3,099 מיטות אשפוז כללי (בהתבסס על המשך מגמות הגידול, מעבר מהיר לאשפוז בקהילה, תפוסת מיטות 85%, ותרחיש תחלואה נמוך) ובין ביקוש ל-4,385 מיטות אשפוז כללי (בהתבסס על יעדי פריסת האוכלוסייה מעבר איטי לאשפוז בקהילה, תפוסת מיטות בשיעור 80% ובתרחיש תחלואה גבוה). בהתייחס ליעד ממוצע לכל חלופה, הטווח הוא בין 3,377 מיטות אשפוז ל-4,102 מיטות אשפוז – או בין תוספת נדרשת של 871 ותוספת נדרשת של 1,636 מיטות לאשפוז כללי עד לשנת היעד.

מחוז חיפה	חלופה - A משרד הבריאות	חלופה - C חלופת אמצע	חלופה - B בחינת מרחב גמישות
מעבר לקהילה	15%	15%	20%
תפוסת מיטות	80%	85%	85%
עלייה בתחלואה	15%	5%	5%
	סה"כ ביקוש למיטות אשפוז		
	יעדים 4,385 מגמות 3,804 יעד ממוצע: **4,102**	יעדים 3,799 מגמות 3,293 יעד ממוצע: **3,546**	יעדים 3,576 מגמות 3,099 יעד ממוצע: **3,337**
מיטות ל – 1,000 נפש בהתאם לתרחישי אוכלוסייה	2.25 – 2.71	2.08 – 2.18	1.83 – 2.20

מצב קיים
2,466
2.34

העלייה הנדרשת במספר מיטת האשפוז במחוז נעה בין 135% ועד 166% ביחס למצב הקיים בחלופות A ו-B בהתאמה. עליה מתונה, המשקפת את מצבו הטוב יחסית של מחוז חיפה מבחינת מספר המיטות ל-1,000 נפש (2.34 מיטות – הגבוה במחוזות ישראל) וכפי הנראה את העובדה שמוסדות הרפואה במחוז משרתים גם את אוכלוסיית מחוז הצפון. פיתוח מערכת הבריאות במחוז חיפה תלוי בפיתוחה במחוז הצפון – ולהיפך. לפיכך פיתוח החלופות המרחביות (פרק 10) נעשה במצרף לשני המחוזות.

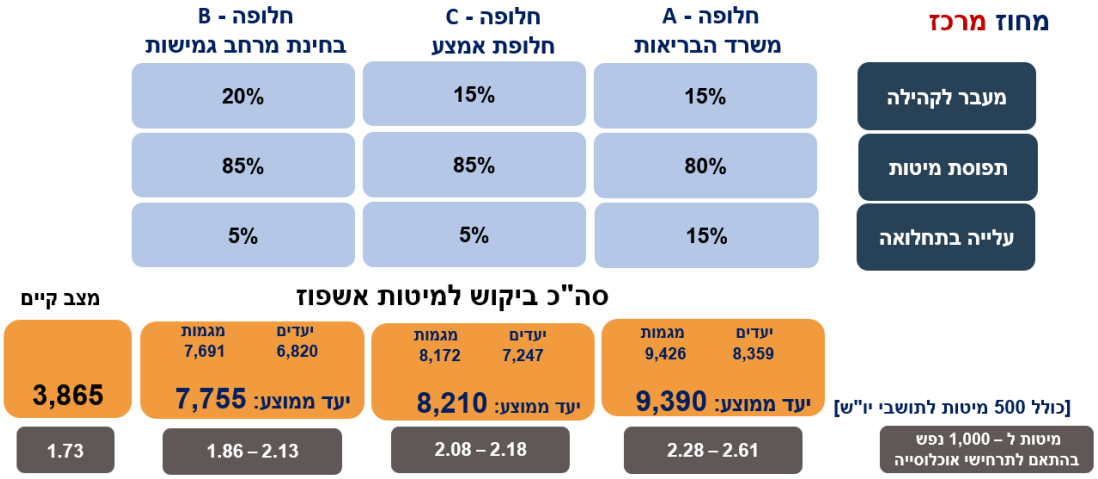



180%
160%
140%
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
135%
144%
166%
100%
חלופה B
חלופה C
חלופה A
מצב קיים

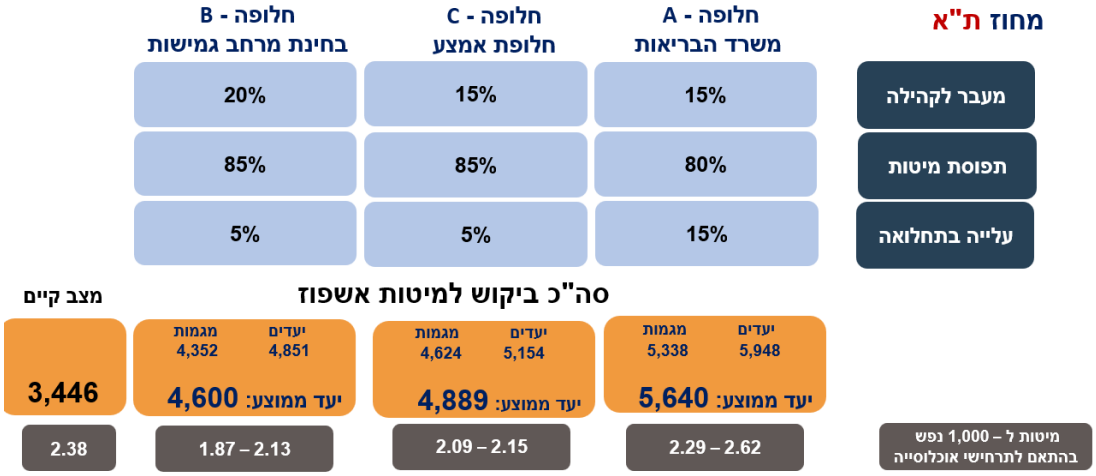
ד. חלופות פרוגרמתיות לאשפוז הכללי במחוז המרכז ובמחוז תל אביב

אומדן הצורך במיטות אשפוז: מחוזות המרכז ותל אביב

למחוז תל אביב ולמחוז מרכז הוכנו חלופות משולבות, כיון שהם מהווים מרחב תפקודי אחד מבחינת טווח השירות של מוסדות האשפוז ופריסתם – בפרט ביה"ח שיבא ובילינסון הממוקמים בגבול שבין המחוזות. כיום יש בשני המחוזות יחדיו 7,311 **מיטות אשפוז כללי** בחלוקה שווה לערך בין המחוזות: 3,446 במחוז תל אביב ו-3,865 במחוז המרכז[6]. מיטות אלו מרוכזות באחד עשר מרכזים רפואיים ציבוריים – ארבעה מהם במחוז תל אביב, ושבעה במחוז המרכז.[7] כאשר בוחנים את מספר מיטות האשפוז ביחס לגודל האוכלוסייה, עולה כי במחוז תל אביב 2.38 מיטות לאלף נפש ואילו במחוז המרכז 1.73 מיטות לאלף נפש[8].



במחוז המרכז פרשו חלופות הביקושים טווח שנע בין תוספת 6,820 מיטות (תשריט יעדים בחלופה B) לבין 9,426 מיטות אשפוז כללי בשנת היעד (תשריט המגמות בחלופה A). בהתאם לבחירה בחלופה C, יעד התכנון (ממוצע בין תשריט יעדים לתשריט מגמות) לפיו יפותחו חלופות הפרוגרמה הינו 8,210 מיטות אשפוז כללי לשנת היעד.



[6] מתוך: מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, 2019
[7] בתי החולים השרון ושניידר חושבו כמוסדות עצמאיים.
[8] נתונים נכונים לשנת 2017

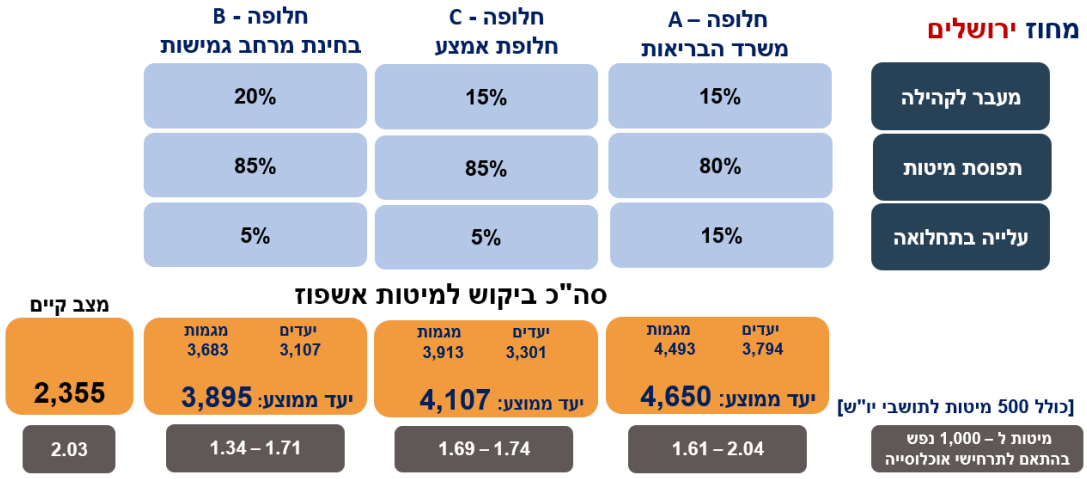
במחוז תל אביב פרשו חלופות הביקושים טווח שנע בין 4,352 מיטות (תשריט יעדים בחלופה B) לבין 5,948 מיטות אשפוז כללי בשנת היעד (תשריט המגמות בחלופה A). בהתאם לבחירה בחלופה C, יעד התכנון (ממוצע בין תשריט יעדים לתשריט מגמות) לפיו יפותחו חלופות הפרוגרמה הינו 4,889 מיטות אשפוז כללי לשנת היעד.

בסך הכל הביקוש החזוי למיטות אשפוז כללי בשני המחוזות הינו כ-13,100 מיטות לשנת היעד.

ה. חלופות פרוגרמה לאשפוז הכללי במחוז ירושלים

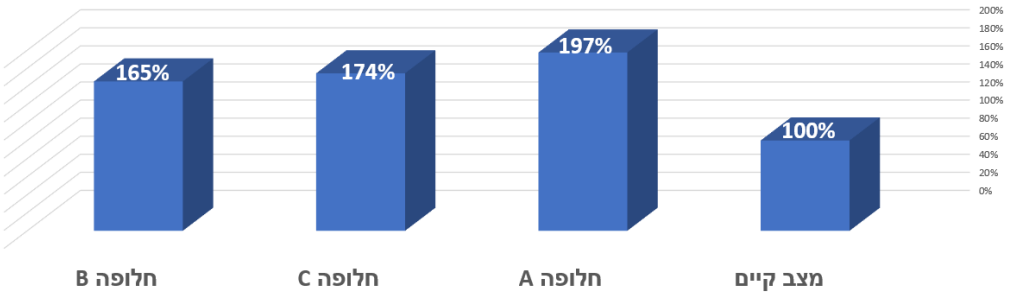
אומדן הצורך במיטות אשפוז: מחוז ירושלים

כיום יש בשני המחוזות יחדיו 7,311 **מיטות אשפוז כללי** בחלוקה שווה לערך בין המחוזות: 3,446 במחוז תל אביב ו-3,865 במחוז המרכז[9]. מיטות אלו מרוכזות באחד עשר מרכזים רפואיים ציבוריים – ארבעה מהם במחוז תל אביב, ושבעה במחוז המרכז.[10] כאשר בוחנים את מספר מיטות האשפוז ביחס לגודל האוכלוסייה, עולה כי במחוז תל אביב 2.38 מיטות לאלף נפש ואילו במחוז המרכז 1.73 מיטות לאלף נפש[11].



במחוז המרכז פרשו חלופות הביקושים טווח שנע בין תוספת 6,820 מיטות (תשריט יעדים בחלופה B) לבין 9,426 מיטות אשפוז כללי בשנת היעד (תשריט המגמות בחלופה A). בהתאם לבחירה בחלופה C, יעד התכנון (ממוצע בין תשריט יעדים לתשריט מגמות) לפיו יפותחו חלופות הפרוגרמה הינו 8,210 מיטות אשפוז כללי לשנת היעד.

[9] מתוך: מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, 2019
[10] בתי החולים השרון ושניידר חושבו כמוסדות עצמאיים.
[11] נתונים נכונים לשנת 2017



ו. חלופות פרוגרמה לאשפוז הכללי במחוז הדרום

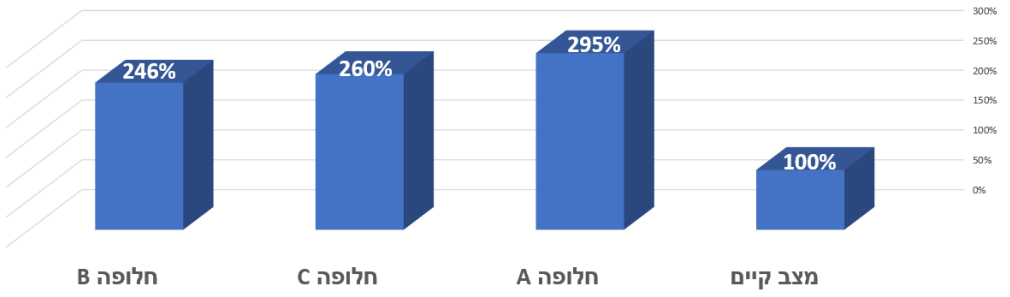
אומדן הצורך במיטות אשפוז: מחוז הדרום

מחוז דרום	חלופה - A משרד הבריאות	חלופה - C חלופת אמצע	חלופה - B בחינת מרחב גמישות
מעבר לקהילה	15%	15%	20%
תפוסת מיטות	80%	85%	85%
עלייה בתחלואה	15%	5%	5%

סה"כ ביקוש למיטות אשפוז

	חלופה - A משרד הבריאות	חלופה - C חלופת אמצע	חלופה - B בחינת מרחב גמישות	מצב קיים
יעדים	5,812	5,057	4,759	
מגמות	5,202	4,525	4,258	
יעד ממוצע:	6,000	5,290	5,000	2,031
[כולל 500 מיטות לתושבי יו"ש]				
מיטות ל – 1,000 נפש בהתאם לתרחישי אוכלוסייה	1.86 – 1.96	1.78 – 1.82	1.55 – 1.63	1.52

חלופות לאומדן ביקוש מיטות אשפוז כללי:
יחס למצב קיים, מחוז הדרום



5. חלופות ביקושים לאשפוז הגריאטרי

תחילת פרק זה תסקור את מערכת הרפואה הגריאטרית, מצב הקשישים בישראל ומאפייני מיטות האשפוז הגריאטרי בישראל. בהמשך יפורטו תרחישים ותחזיות ביקוש למיטות גריאטריות. לאחר מכן יידונו עקרונות תכנון וכן חלופות פרוגרמתיות אפשריות למוסדות אשפוז גריאטרי בשנת היעד.

א. המערכת הגריאטרית – מצב קיים

רקע

רפואה גריאטרית היא תחום ברפואה המאפשר טיפול כוללני בזקן תוך יצירת תמונת מצב כוללת על מצבו הגופני והנפשי. ההתמחות בטיפול בקשישים מאפשרת דיוק באבחנה ובטיפול בהשוואה לרפואה כללית ויכולת להבחין למשל אם בלבול שממנו סובל הקשיש נובע מהידרדרות במצבו המנטלי או מבעיה אורגנית אחרת.

רפואה גריאטרית מתייחסת באופן ייחודי לבני 65+, דבר שנחשב חדש לאור חוסר ההתייחסות של הרפואה המסורתית אל תקופת הזקנה ככזו שניתן ורצוי לשפר. תוחלת החיים העולמית הממוצעת חוותה קפיצה משמעותית במיוחד מאז 1970, וכיום תוחלת החיים של בן 65 היא 91 שנים.

כיום, גילו של האדם אינו מהווה בהכרח קריטריון המנבא את מצבו הגופני והתפקודי, גם כשמדובר בגילאים מתקדמים. מוגבלות פיזית ומנטלית וירידה בתפקוד נדחית לגילאים גבוהים מבעבר וכיום רוב המבוגרים מעל גילאי 65 ו-70 הם בריאים ועצמאיים מבחינה תפקודית. מכאן שרפואה גריאטרית מטפלת באחוז קטן יותר מתוך בני ה-65 ומעלה, אך היא נחוצה לאור מחקרים בתחום שהוכיחו שגריאטריים מצליחים לתרום באופן משמעותי להארכת חיי אדם ושיפור איכות החיים של קשישים.

הבנת מעמדם ותפקידם של הקשישים בחברתנו מחייבת הסתכלות על הדרכים השונות להגדרת הזקנה בחברה המודרנית, תוך התייחסות להיערכות הקהילה ומוסדותיה להתמודד עם השאלות החברתיות המתעוררות בעקבות הזדקנות האוכלוסייה.

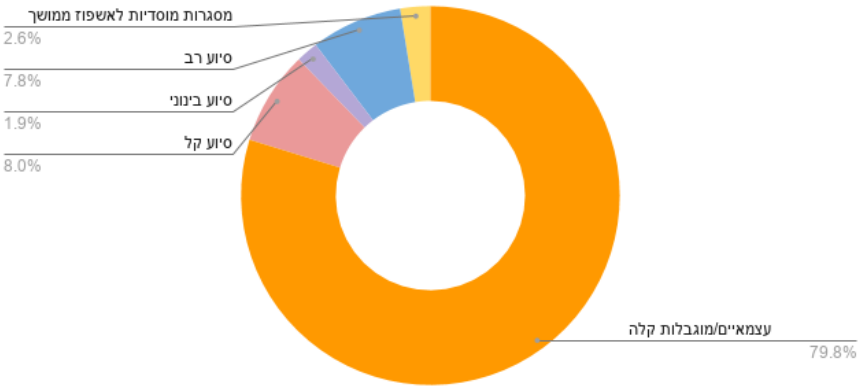
המדיניות הרווחת כיום במדינות המפותחות, מדיניות שלרוב עולה בקנה אחד עם העדפתם של הקשישים ובני משפחותיהם, היא לאפשר לאוכלוסייה המבוגרת להזדקן בביתם ובקהילה בה הם משולבים (aging in place), כל עוד הדבר אפשרי ותוך הישענות על המשפחה ועל הקהילה כמקור התמיכה העיקרי. העלייה בהיקף האוכלוסייה ובתוחלת החיים מלווה גם בגידול שיעור הקשישים המוגבלים בתפקודם וזקוקים לעזרה, בין אם פיזית ובין אם תפקודית. מציאת פתרונות מתאימים במסגרת הקהילה עולה בקנה אחד הן עם העדפות האוכלוסייה והן עם האינטרס הציבורי. יש ראיות לכך כי עלויות הטיפול המוסדי במסגרת בתי החולים (הממומן באופן ציבורי) יקר יותר מהטיפול הקהילתי, גם כאשר לוקחים בחשבון את התשומות הנדרשות מבני המשפחה המטפלים. בעקבות תהליכים אלה, עתידות צומחות ומתפתחות אפשרויות טיפול ואשפוז שלא במסגרת בתי החולים ומרכזי הבריאות הגדולים אלא המסגרת קהילתית קטנה יותר, המאפשרת קרבה לקהילה ולמשפחה התומכת. יחד עם זאת, הארכת משך החיים והזדקנות האוכלוסייה גורמות לעלייה בחלקם של החולים המבוגרים המאופיינים בתחלואה מרובה. הטיפול בחולים אלה הינו רב מערכתי, ודורש התמחויות ומיומנויות מורכבות מתחומים שונים. הללו יכולים להינתן באופן מקיף ומיטבי במסגרת בתי החולים או בתמיכה ובליווי צמוד של המערכת המקצועית של הרכזים הרפואיים.

תחלואה בגיל השלישי והרביעי בישראל

מספר הקשישים בישראל וכן חלקם באוכלוסייה הכללית הולך ועולה. בשנת 2017 היו 1,100,000 בני 65+ בישראל, שהם 11.6% מתוך האוכלוסייה הכללית[12]. בעתיד, בהתאם לתחזיות הלמ"ס, בשנת היעד 2048 צפויים להיות כ-2,500,000 בני 65+ בישראל, ובכך להגיע לכדי 15% מהאוכלוסייה.[13]

חלק משמעותי מבין אותם קשישים נהנים מבריאות תקינה, וההתפתחות הרפואית מאפשרת כיום חיים ארוכים יותר לאלו שסבלו בעבר ממחלות סופניות. חולים כרוניים הזקוקים לטיפול ולליווי ברמות שונות, עשויים לקבלם באמצעים פשוטים יותר במסגרת הבית ובקהילה, אם בטיפול יום ואם באשפוז במוסדות קהילתיים. יחד עם זאת, הארכת משך החיים והזדקנות האוכלוסייה גורמות לעלייה בחלקם של החולים המבוגרים הסובלים מתחלואה מרובה מתוך האוכלוסייה הכללית. בישראל 2017 שיעור הקשישים העצמאיים והמתפקדים ללא סיוע עומד על כ-80%. רק כ-2.6% מהקשישים, נמצאים באופן קבוע במסגרות מוסדיות לאשפוז ממושך, והשאר מקבלים סיוע בביתם ברמות שונות.[14]

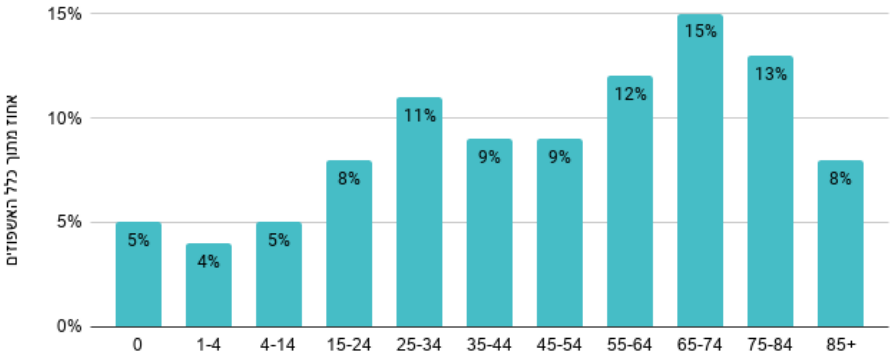
מצב פיזי של בני 65+ בישראל:[15]



על אף מצבם הפיזי של רוב הקשישים, הם מהווים חלק גדול מבין המאושפזים במיטות האשפוז הכלליות. בעוד בני 65+ מהווים כ-11.6% מהאוכלוסייה הכללית, הם תופסים כ-36% מהמיטות לאשפוז כללי – פי 3 מחלקם היחסי באוכלוסייה.[16]

[12] מתוך מצגת של ד"ר איריס רסולי, אגף גריאטריה, משרד הבריאות, 2019.
[13] מתוך דוח שלב ב', תמ"א 49, מערכת מוסדות הבריאות בישראל במבט צופה עתיד, מסמך מדיניות.
[14] שם.
[15] מתוך מצגת של ד"ר איריס רסולי, אגף גריאטריה, משרד הבריאות, 2019.
[16] שם.

התפלגות האשפוזים בבתי החולים הציבוריים לפי גיל (2017):[17]



סוגי טיפול ואשפוז גריאטרי על פי אופי ומיקום הטיפול -

טיפול ואשפוז של חולים מורכבים במסגרת בתי החולים הכלליים – בתי החולים הכללים מעניקים טיפול לחולים אקוטיים מורכבים תוך התמקדות בטיפול רב מערכתי, הסובב סביב המטופל וצרכיו, כולל תשומת לב למצבו הנפשי והקוגניטיבי ולמשפחה התומכת.

טיפול ואשפוז של חולים מורכבים במסגרת בתי החולים הגריאטריים הייעודיים – בדומה לבתי החולים הכלליים, בבתי חולים גריאטריים ייעודיים ניתן טיפול אקוטי מורכב. בבי"ח גריאטרי ייעודי כלל המטופלים הם גריאטריים והטיפול של כלל הצוות הרפואי מותאם במיוחד לגיל השלישי. בבית חולים גריאטרי ניתן גם להנות משירותים רפואיים, מעבדות וכן טיפולים. לאחר הטיפול האקוטי בבית החולים הייעודי, יכול המטופל לחזור לאשפוז ממושך או חזרה לביתו.

טיפול ואשפוז במחלקות אשפוז ייעודיות בבתי אבות – מיטות אשפוז גריאטרי ברישיון משרד הבריאות קיימות כבר היום ברבים מבתי האבות המיועדים לאוכלוסייה המבוגרת. מיטות אלה נותנות מענה להיקף משמעותי מאוכלוסיית הגיל השלישי, הזקוק לטיפול ולאשפוז ממושך. [18]**אשפוז פעיל לעומת אשפוז ממושך -**

מיטות אשפוז גריאטרי נחלקות לגריאטריה פעילה (אקוטית) ולגריאטריה ממושכת:

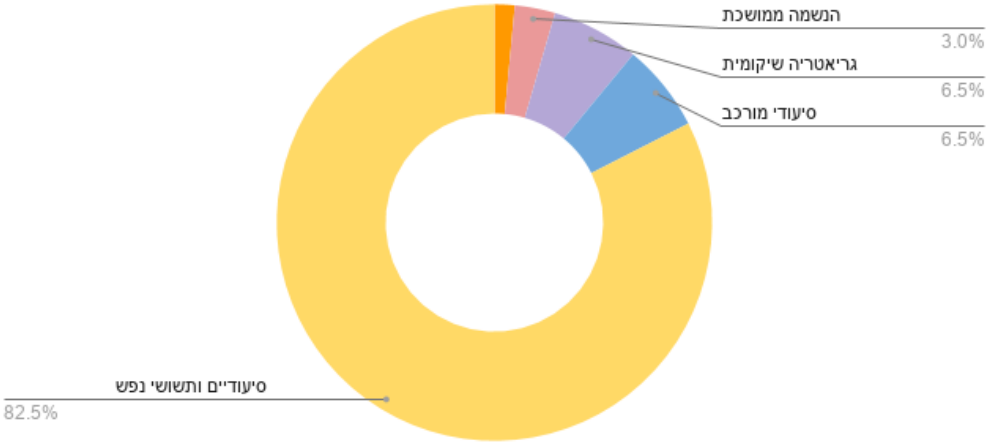
גריאטריה פעילה – במניין מיטות הגריאטריה הפעילה כוללים לרוב מטופלים מורכבים שזקוקים לטיפול רפואי צמוד במחלקות של סיעודי מורכב, שיקום גריאטרי, הנשמה ממושכת וכד'. האשפוז בגריאטריה פעילה הוא קצר טווח, בדומה לאשפוז בבית חולים רגיל, ונמשך לרוב עד חודש.

גריאטריה ממושכת – מיטות לגריאטריה ממושכת לרוב נותנות מענה לקשישים סיעודיים ותשושי נפש והן מיועדות לטיפול ממושך של שנים, בהן המטופל גר משך תקופה ארוכה.

חלקן הארי של מיטות האשפוז הגריאטרי (כ-82.5%) משויכות לגריאטריה ממושכת (גריאטריה סיעודית ותשושי נפש). שאר מיטות האשפוז הגריאטריות מוגדרות כמיטות גריאטריה פעילה ומצויות באגפים גריאטריים בבתי חולים כלליים ומרכזים גריאטריים. [19]

[17] מתוך מצגת של ד"ר איריס רסולי, אגף גריאטריה, משרד הבריאות, 2019.
[18] שם.
[19] שם.

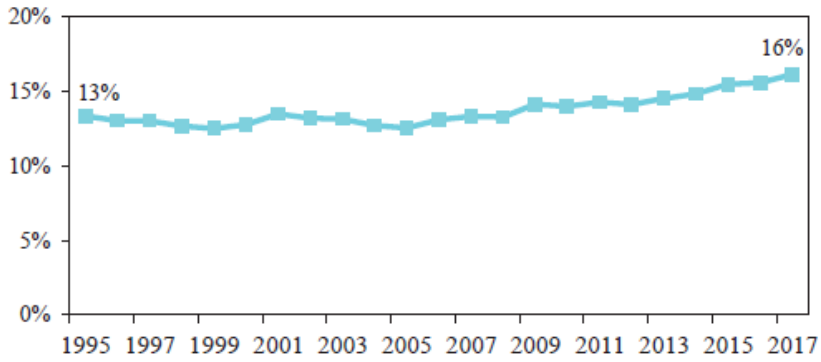
מערך המיטות הגריאטריות בישראל, לפי סוג מיטה (2018):[20]



חלקן של המיטות לגריאטריה פעילה מכלל המיטות לאשפוז גריאטרי -

בין השנים 2000-2017 עלה מספר המיטות לאשפוז גריאטרי ב-37%. לצד העלייה הכללית, קיימת מגמת עליה של חלקה של הגריאטריה הפעילה מתוך סך המיטות הגריאטריות: בין 1995-2017 עלה אחוז המיטות המוקדש לגריאטריה פעילה מתוך כלל המיטות לאשפוז גריאטרי מ-13% ל-16%. בחישוב אקסטרפולציה בהתאם למגמה זו, בשנת 2048 יגיע חלקן של מיטות גריאטריה פעילה לכדי 25% מכלל המיטות הגריאטריות. נתון זה קריטי לאור המשאבים הנדרשים: מיטות גריאטריה פעילה דורשות טיפול רפואי צמוד בבית חולים או במוסד רפואי גריאטרי, בעוד גריאטריה ממושכת יכולה לקבל מענה במוסדות סיעודיים.[21]

אחוז המיטות לגריאטריה פעילה מכלל המיטות לאשפוז גריאטרי, 1995-2017:[22]



[20] שם.
[21] שם.
[22] שם.

חלוקת מיטות אשפוז גריאטרי לפי סוגי מוסדות

מערך האשפוז הגריאטרי במדינת ישראל מפוזר בין מספר סוגי מוסדות מסיבות היסטוריות וברמות תקצוב ציבורי שונות. להלן חלוקת מיטות האשפוז בין המוסדות[23]:

אשפוז גריאטרי במוסדות ציבוריים -

מיטות גריאטריות בבתי חולים כלליים – 2.5%

מיטות גריאטריות בבתי חולים ייעודיים - מר"ג (דורות וכו') – 7.5%

מיטות גריאטריות במוסדות ציבוריים, מלכ"ר – 29%

אשפוז גריאטרי במוסדות שהוקמו ביוזמה פרטית - כולל מיטות אשפוז גריאטריות לאשפוז ממושך שהינן ברישיון ובתקצוב של משרד הבריאות – המהוות סך של 61% מכלל המיטות הגריאטריות.

ב. הנחות מוצא לחלופות ביקוש

תכנון עתיד המערכת הגריאטרית בישראל לשנת 2048 מושפע ממספר גורמים מרכזיים:

גידול האוכלוסייה והארכת משך החיים – מספר הקשישים (בני 65 ומעלה) ושיעורם באוכלוסייה גדל בהתמדה בשל הזדקנות האוכלוסייה והעליה בתוחלת החיים. לקראת אופק התוכנית, שנת 2048, ובהתאם לתרחיש הגבוה של הלמ"ס, תגיע אוכלוסיית הגיל השלישי והרביעי החל מגיל 65 ומעלה לכ-15% מהאוכלוסייה (1.1 מיליון נפש היום לעומת 2.5 מיליון בשנת 2048).[24]

עלייה בתחלואה – הארכת משך החיים והזדקנות האוכלוסייה גורמות לעלייה בחלקם של החולים המבוגרים המאופיינים בתחלואה מרובה. הטיפול בחולים אלה הינו רב מערכתי, ודורש התמחויות ומיומנויות מורכבות מתחומים שונים. הללו יכולים להינתן באופן מקיף ומיטבי במסגרת בתי החולים או מוסדות אשפוז ייעודים בתמיכה ובליווי צמוד של המערכת המקצועית של המרכזים הרפואיים.[25]

מעבר לטיפול במסגרות קהילתיות – המדיניות הרווחת כיום שואפת לאפשר לאוכלוסייה המבוגרת להזדקן בביתם ובקהילה בה הם משולבים (aging in place). מציאת פתרונות מתאימים במסגרת הקהילה עולה בקנה אחד הן עם העדפות האוכלוסייה והן עם האינטרס הציבורי. מזה שנים מתפתחות אפשרויות טיפול ואשפוז שלא במסגרת בתי החולים ומרכזי הבריאות הגדולים, אלא במסגרת קהילתית.[26]

טיפול בחולים גריאטריים במחלקות אשפוז גריאטריות – לאור הצורך לטפל בחולים בני 65+ ומחסור במיטות המיועדות בלעדית לטיפול גריאטרי, חלק מן המטופלים בני ה-65+ מאושפזים כיום במחלקות פנימיות רגילות [מעמיס מחלקות מעבר ליכולת הקליטה] אך לא מקבלים טיפול ייעודי של רופא מומחה לגריאטריה.

---

[23] שם.
[24] מתוך תמ"א 49, דו"ח דמוגרפיה ואומדני תחלואה, 2020.
[25] שם.
[26] שם.

לאור הנחות יסוד אלו פותחו הנחות המוצא הבאות לחלופות ביקוש למיטות אשפוז גריאטרי:

גידול אוכלוסייה	תחזיות אוכלוסייה לפי נתוני למ"ס – לפי תחזית בינונית
פריסת אוכלוסייה	תרחישי פריסת אוכלוסייה התחשבו בשני תרחישים: תרחיש יעדים – פריסת אוכלוסייה לפי תכנית אסטרטגית של מנהל התכנון והמועצה לכלכלה. תרחיש מגמות – המשך בהתאם למצב קיים.
עלייה בתחלואה	תרחישי עליה הדרגתית בתחלואה הכללית בתקופת התכנון לפי: קצב נמוך – עליה של עד 5% עד שנת 2050. קצב מוגבר – עליה של עד 10% עד שנת 2050.
אשפוז בקהילה	מוסדות גריאטריים בקהילה ובבית יהוו מסגרת טיפולית ל- 80% מהחולים הגריאטריים (הכרוניים).
רמת רווחה	תפוסת מיטות אשפוז כללי ממוצעת נורמטיבית לפי 85%.

ג. תמצית חלופות הפרוגרמה

חלופות הפרוגרמה בוחנות את היקף מיטות האשפוז והמוסדות הנדרשים עבורו:

- היקף מיטות גריאטריות אשר יידרשו בבתי חולים ובמרכזים גריאטריים קיימים
- כמה מיטות תהיינה בבתי חולים כלליים ובמרכזים גריאטריים חדשים
- מהו היקף מיטות ומחלקות האשפוז בבתי חולים קיימים ובמוסדות והמחלקות החדשים.

קיימות מספר אפשרויות לפריסת המיטות לאשפוז הגריאטרי הדרושות בישראל 2048 בין מוסדות האשפוז השונים, בהתאם לתחזית ולצרכי מיטות האשפוז הגריאטרי.

שיקולים בגיבוש חלופות פרוגרמתיות:

- גודל אפשרי/מועדף של מוסד אשפוז גריאטרי עצמאי.
- מספר מוסדות אשפוז גריאטרי ייעודיים ביחס להיקף ופרישת אוכלוסיית היעד
- היקף מיטות ומספר מחלקות אשפוז גריאטרי בבתי חולים כלליים קיימים וחדשים.
- אפשרויות פיתוח ומימוש הרחבת מתחמים קיימים והקמת מוסדות חדשים.

על מנת להעריך את השלכות פרישת מיטות האשפוז הגריאטרי בין החלופות הפרוגרמתיות, יש להגדיר מאפיינים איכותיים לכל חלופה. הקריטריונים נעים על שני צירים מרכזיים:

ציר ראשון – ריכוז מוסדות – ריכוז במוסדות גדולים (בתי חולים).

ציר שני – ביזור מוסדות ופריסה רחבה תואמת פרישת אוכלוסייה.

לפיכך פותחה בכל מחוז חלופה לפיתוח ממוקד לעומת חלופת פיתוח מבוזר.

שיקולים לבחינת החלופות הפרוגרמתיות השונות

ריכוז	פריסה רחבה
• **השירות הרפואי** – טיפול בבי"ח כללי מאפשר פיתוח מומחיות, הקמת מכוני מחקר, ציוד רפואי ייחודי וגיוס צוות מומחים ברמה גבוהה במיוחד. • **גיוס צוות מומחים מקצועי** – יכולת איוש תקנים ע"י צוות רפואי ברמה גבוהה. • **יכולת מימוש** – ככל שהפיתוח נשען על הרחבת מוסדות קיימים ומתפקדים יכולת הקמת השירות גבוהה. • **ניצול תשתיות קיימות** – הישענות על פיתוח קיים מאפשרת ניצול תשתיות תפעוליות, הנדסיות, תחבורתיות ועוד. • **ניצול משאבים והפחתת הנטל הכלכלי** – פיתוח מרוכז במספר קטן של מוקדים – ניצול קרקע, ניצול תשתיות.	• **התאמה לאוכלוסיות** – קרבה ויכולת התאמת השירות לאוכלוסיות מגוונות. • **מתן שירות ליד הבית** לכמות גדולה יותר של אנשים. • **דימוי** – בי"ח ביתי לעומת מוסדות גדולים. • **השתלבות במרקם עירוני** – שילוב כחלק מהמרקם העירוני. • **עידוד תעסוקה מקומית** – הישענות על צוותים מקומיים וחיזוק העסקה מקומית (תעסוקת נשים). • **שירותים לקהילה** – מגוון רחב יותר של שירותי רפואה תומכי קהילה. • **התאמה לצרכים וגמישות הפעלה אשפוז יום** – אפשרות שילוב עם אשפוז יום בתחום הקהילה.

מבחן רגישות – טווחי גמישות בין תרחישים במבט ארצי

על בסיס הנחות המוצא שהוצגו לעיל מוצגים להלן טווחי הגמישות בין התרחישים במבט ארצי על בסיס חישוב היקף הדרישה למיטות אשפוז גריאטרי. היקף המיטות הוא תוצאה של אומדן ימי האשפוז המתקבלים במודל בחלוקה לשיעור התפוסה במכפלת ימי השנה.

אומדן מיטות האשפוז הגריאטריות מראה מספר תוצאות מרכזיות:

גידול משמעותי בהיקף המיטות הנדרש - לאור הגידול באוכלוסייה והזדקנותה הצפויה, נצפה גידול משמעותי בהיקף המיטות הגריאטריות הנדרשות. בתרחיש הבסיס (מתחשב רק במאפייני התחלואה הנוכחיים ובשינויים הדמוגרפיים) נדרשות כ-74 אלף מיטות לעומת כ-90.6 אלף בתרחיש התחלואה הגבוה יותר וזאת ביחס ל- 25 אלף כיום. בתרחיש בסיסי, תפוסת המיטות נשארת גבוהה כפי שהיא היום (כ-89%).

מספר מיטות - בתרחיש תחלואה גבוה המתייחס ל80% ממיטות האשפוז אשר יהיו במסגרות שונות בקהילה (אשפוז ממושך), כמות המיטות הנדרשת בבתי חולים משולבים וייעודיים מגיעה ל-18 אלף בשנת 2048 (ביחס ל-2,666 מיטות אשפוז גריאטריות כיום בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים ייעודיים). מכיוון שמיטות אלו משויכות כמעט כולן לקבוצת הגיל המבוגרת, הן מושפעות באופן ישיר משינוי פרופיל האוכלוסייה - גידול האוכלוסייה ומהזדקנותה.

פערים בצרכי מיטות אשפוז גריאטריות בין המחוזות - ישנם פערים בצרכים בין המחוזות לאור שינוי במאפיינים הדמוגרפיים בין המחוזות. במחוזות המתאפיינים באוכלוסייה מבוגרת יותר נדרש היקף מיטות גדול יותר מאשר מחוזות המאופיינים בתמהיל אוכלוסייה צעיר יותר.

תחזית ביקוש למיטות אשפוז גריאטרי (אקוטי וממושך) לשנת 2050 – בהתאם להתפלגות לביקוש לאשפוז אקוטי וקצר יחסית העומד על 20% בבתי חולים משולבים וייעודיים לבין ביקוש למיטות לאשפוז ארוך לסוגיו בהיקף של 80% מסך המיטות המיועדות לגיל השלישי והרביעי ואשר יינתן במסגרות שונות בקהילה [בתי אבות, עמותות, מוסדות פרטיים ובבית החולה].

אמדן ביקוש לאשפוז גריאטרי אקוטי וממושך - סה"כ ארצי	סה"כ מיטות אשפוז גריאטרי - אקוטי 20% בבתי חולים	סה"כ מיטות אשפוז גריאטרי - ממושך 80% בקהילה	סה"כ מיטות אשפוז גריאטרי - אקוטי וממושך	גידול ביחס למצב קיים
מצב קיים - ינואר 2021	4,241	21,046	25,287	
מיטות ל- 1,000 נפש			2.75	
תרחיש בסיס - בהתייחסות לרמת תחלואה ורווחה נוכחית	14,813	59,253	74,066	295%
מיטות ל- 1,000 נפש			4.72	
תרחיש תחלואה נמוך - עליה בתחלואה 5% תפוסה 85%	16,480	65,919	82,399	328%
מיטות ל- 1,000 נפש			5.25	
תרחיש תחלואה גבוה - עליה בתחלואה 10% תפוסה 85%	18,128	72,510	90,638	361%
מיטות ל- 1,000 נפש			5.78	

סה"כ מיטות אשפוז גריאטרי נדרשות בשני התרחישים של פריסת אוכלוסייה (מגמות ויעדים ותרחיש תחלואה נמוכה) – 82,399 ; לעומת תרחיש תחלואה גבוהה 90,638.

ממוצע מיטות לאלף נפש בתרחיש תחלואה נמוך – 5.25 בתרחיש תחלואה גבוה 5.78.

מבחן רגישות – חלופות פרוגרמתיות במבט מחוזי

בסך הכל פותחו שישה סטים של חלופות פרוגרמתיות אזוריות: למחוז הצפון, למחוז חיפה, למחוז תל אביב, למחוז המרכז, למחוז ירושלים ולמחוז הדרום. יוצגו כעת שיעור מיטות הגריאטריה הפעילה בכל מחוז במצב הקיים אל מול החלופות הפרוגרמתיות המוצעות.

לאור הצורך לשלש את מספר המיטות לגריאטריה פעילה, התכנית מגדירה תוספת מיטות גריאטריה בבתי חולים כלליים רבים, כולל בתי חולים שבהם אין כיום כלל מחלקות או מיטות המיועדות באופן ספציפי לאשפוז גריאטרי. התוכנית מדגישה כי יש צורך בבתי חולים גריאטריים ייעודיים חדשים בכל המחוזות, כאשר כמות המוסדות תלויים ברמת הפיזור בכל חלופה.

אוכלוסיית יהודה ושומרון - בחישובי צרכי המיטות לגריאטריה לא נכנסו צרכיה של אוכלוסייה זו בשל מגבלות תמ"א 49, נדרש יהיה לקבל החלטה עקרונית באם לפתח מוסדות אשפוז מתאימים

בסמוך לאוכלוסייה או לפזר את מיטות האשפוז הנחוצות לתושבי איו"ש בין המחוזות מרכז, ירושלים ודרום.

עבור כל מחוז פותחה חלופת פיתוח ממוקד וחלופת פיתוח מבוזר, עבור האשפוז הגריאטרי. השיקולים בפיתוח שתי החלופות מתוארים להלן:

חלופת הפיתוח הממוקד שמה את הדגש על פיתוחן של מחלקות גריאטריות בבתי החולים הקיימים והקמת מחלקות גריאטריות בבתי חולים חדשים. בחלופה זו מניחים כי בכל אגף גריאטרי בממוצע בין 100-300 מיטות בבתי חולים קיימים, וכ-200-400 מיטות בממוצע באגפים גריאטריים של בתי חולים כלליים חדשים.

הרחבת האשפוז הגריאטרי בבתי חולים כלליים תאפשר טיפול ע"י צוות מומחים מגוון ורחב יותר, ומענה מקצועי ברמה גבוהה גם במקרים מיוחדים ומורכבים. **החלופה הממוקדת מאפשרת לרכז את משאבי הפיתוח במספר מצומצם יחסית של מוסדות הנשענים על פיתוח קיים**, ולאפשר להם להתפתח כמוסדות גדולים.

לצד המענה הגריאטרי בבתי החולים הכלליים, יפותחו עוד בתי חולים לגיל השלישי – אשפוז גריאטרי פעיל - בהתאם לצרכים בכל אחד מהמחוזות. המוסדות החדשים יכללו כ-200-700 מיטות בכל מוסד.

חלופת הפיתוח המבוזר מציעה פיתוח מחלקות גריאטריות בבתי חולים קיימים וחדשים – כאשר בכל אגף גריאטרי בממוצע בין 100-200 מיטות. הרחבת האשפוז הגריאטרי בבתי חולים כלליים בחלופה המבוזרת, בדומה לחלופה הממוקדת, תאפשר טיפול ע"י צוות מומחים מגוון ורחב יותר, ומענה מקצועי ברמה גבוהה גם במקרים גריאטריים מיוחדים ומורכבים.

לצד המענה הגריאטרי בבתי החולים הכלליים, יפותחו מספר גדול של מוסדות לאשפוז גריאטרי פעיל, המרכזים הגריאטריים החדשים יהיו בהיקף משתנה יכללו כ-300 - 600 מיטות בכל מוסד.

לעומת חלופת הפיתוח הממוקד, בפיתוח המבוזר **כמות המוסדות החדשים תואמת את פריסת האוכלוסייה ותאפשר התאמה לצרכי הקהילות השונות** ומתן שירותי רפואה גריאטרית אקוטית בסמוך לאזורי המגורים. בנוסף, בתי החולים החדשים יהיו קטנים יותר, יוכלו להשתלב במרקם העירוני ולעודד את התעסוקה המקומית באזורי פריפריה.

בסעיפים הבאים יתוארו חלופות הפיתוח הממוקד והמבוזר עבור כל אחד מן המחוזות.

מחוז הצפון:

סך הביקושים הצפויים לאשפוז גריאטרי במחוז הצפון הוא 13,847 מיטות גריאטריות. מתוכם:

- 3,232 מיטות לגריאטריה פעילה – יעד התכנון.
- 10,615 מיטות לגריאטריה ממושכת.

ההבדל בין החלופות הפרוגרמתיות הינו בשיעור המיטות לגריאטריה פעילה שמציעה החלופה לפתח במסגרת בתי חולים ייעודיים לגיל השלישי ובפרישתם. חלופת הפיתוח הממוקד מציעה לפתח כמחצית מהיעד התכנוני: 1,750 מיטות, במוסדות יעודים, לעומת 2350 מיטות גריאטריות בחלופת הפיתוח המבוזר.

שתי החלופות מציעות להקים מחלקות אשפוז גריאטרי בכל אחד מן המוסדות הכלליים - הגליל, העמק, זיו ופוריה ובי"ח כללי חדש מוצע בתכנית. חלופת הפיתוח הממוקד מציעה להקים יותר מיטות גריאטריות בבתי החולים הכלליים – בין 150-350 מיטות לאשפוז גריאטרי פעיל בכל אחד מבתי החולים הכלליים. לעומתה, חלופת הפיתוח המבוזר מציעה לפתח בין 100-200 מיטות גריאטריות בכל אחד מבתי החולים הכלליים.

במחוז צפון אין כיום מוסד גריאטרי ייעודי ציבורי הנותן מענה לגריאטריה פעילה. בשל הצורך למתן מענה לחוסר הקיים וזאת בהתחשב בפרישת האוכלוסייה והרכבה מציעות שתי החלופות הפרוגרמתיות פיתוח של מוסדות גריאטריים ייעודיים חדשים. בחלופת הפיתוח הממוקד מוצע לפתח 3 מוסדות חדשים, שניים מהם גדולים (700 מיטות כ"א) והאחד בינוני (350 מיטות). לעומתה, חלופת הפיתוח המבוזר מציעה לפתח 6 מוסדות חדשים (אחד מהם כמענה משולב גם למחוז חיפה) – האחד מהם גדול (600 מיטות) וחמישה בינוניים, בני 300-400 מיטות כ"א.

תיאור הפרישה המוצעת למרכזי אשפוז לגיל השלישי [מר"ג] בשתי החלופות:

בשתי החלופות - קריית שמונה – בגלל ריחוקה של אוכלוסיית צפון הגליל ורמת הגולן הצפונית מוצעת הקמת מרכז גדול לגיל השלישי בהיקף של 600 מיטות אשפוז גריאטרי בצמוד למרכז לרפואה דחופה.

בחלופה הממוקדת – מוצעים בנוסף בגליל המרכזי אזור בקעת בית הכרם – בי"ח אחד גדול לאוכלוסיית הגיל השלישי, ובי"ח נוסף באזור נצרת ונוף הגליל.

בחלופה המבוזרת מוצעים שני בתי חולים לגיל השלישי – במג'ד אל כרום ובסכנין - לשרות ריכוזי האוכלוסייה הקיימת והעתידית הנמצאת היום במרחק משרות זה. בעכו ובאזור נצרת נוף הגליל - מוצעים מרכזים רפואי לשרות האוכלוסייה הסובבת, ביוקנעם מוצע מרכז רפואי גדול לשרות אוכלוסיית מחוז צפון ומחוז חיפה.

חלופות פרוגרמתיות לאשפוז גריאטרי במחוז הצפון - תמצית			
מחלקות גריאטריות במוסדות אשפוז כללי		מוסדות אשפוז ייעודים לגיל השלישי	
חלופה ממוקדת	חלופה מבוזרת	חלופה ממוקדת	חלופה מבוזרת
עד 350 מיטות בכל בית חולים כללי משולב	עד 200 מיטות בכל בית חולים כללי משולב	2 מוסדות גדולים של 600-700 מיטות 1 מוסד בינוני של 350 מיטות תוספת 3 מר"גים חדשים	1 מוסד גדול של 600 מיטות 5 מוסדות בינוניים: בין 300 ל – 400 מיטות תוספת 6 מר"גים חדשים

מחוז חיפה:

סך הביקושים הצפויים לאשפוז גריאטרי במחוז חיפה הוא 11,689 מיטות גריאטריות. מתוכם:

- 2,362 מיטות לגריאטריה פעילה
- 9,327 מיטות לגריאטריה ממושכת.

היעד התכנוני עבור אשפוז גריאטריה פעילה – הינו 2,362 מיטות. שתי החלופות הפרוגרמתיות שפותחו במחוז חיפה מציעות כי רוב המיטות לגריאטריה פעילה תהיינה במוסדות גריאטריים ייעודיים: הן בהרחבת שני המוסדות הקיימים (פלימן ושוהם), הן בהסבתו של בית החולים בני ציון למוסד גריאטרי ושיקומי . כמו כן מוצעת הקמת מחלקה גריאטרית גדולה במרכז הרפואי החדש בגלעם והקמת מוסד ייעודי חדש בואדי ערה בקרבת ריכוז אוכלוסייה ערבית. ההבדל העיקרי בין שתי החלופות הפרוגרמתיות הינו ביחס בין הגדלת מוסדות קיימים ובין גודלו של המוסד הגריאטרי הייעודי החדש.

חלופת הפיתוח הממוקד מציעה ריכוז של שרותי האשפוז לגיל השלישי במחלקות של בתי החולים הכלליים - הלל יפה והמרכז הרפואי החדש בצומת גלעם, הגדלה משמעותית של המרכז הגריאטרי הקיים בשוהם ל-700 מיטות והקמת מוסד אשפוז גריאטרי ייעודי חדש בואדי ערה , בגודל של 200 מיטות.

חלופת הפיתוח המבוזר מציעה הגדלה מתונה של האשפוז לגיל השלישי בשוהם ובבית החולים הלל יפה, ופיתוח מרכז גריאטרי ייעודי חדש בינוני, בגודל של כ-350 מיטות.

בשתי החלופות בי"ח פלימן יסונף לבית החולים רמב"ם אשר אינו מיועד לקבל מיטות גריאטריות חדשות בשל מצוקת המקום שבו.

חלופות פרוגרמתיות לאשפוז גריאטרי במחוז חיפה - תמצית			
מחלקות גריאטריות במוסדות אשפוז כללי		מוסדות אשפוז ייעודים לגיל השלישי	
חלופה ממוקדת	חלופה מבוזרת	חלופה ממוקדת	חלופה מבוזרת
200-400 מיטות בשני בתי חולים כלליים-משולבים	150-400 מיטות בשני בתי חולים כלליים-משולבים	1 מוסד גדול של 700 מיטות 2 מוסדות קטנים 200 מיטות תוספת מר"ג חדש	1 מוסד גדול 650 מיטות 2 מוסדות בינוניים בני 350- 400 מיטות 1 מוסד קטן בן 200 מיטות תוספת מר"ג חדש

מחוז המרכז:

סך הביקושים הצפויים לאשפוז גריאטרי במחוז המרכז הוא 26,016 מיטות גריאטריות. מתוכם:

- 5,196 מיטות לגריאטריה פעילה
- 20,820 מיטות לגריאטריה ממושכת.

היעד התכנוני לאשפוז גריאטריה פעילה – הינו 5,196 מיטות. על מנת לעמוד ביעד התכנוני הגדול הזה, ינוצל מערך האשפוז הגריאטרי המפותח הקיים כבר במחוז ומרבית מיטות האשפוז יהיו או בהרחבת המוסדות הגריאטריים הקיימים – דורות, בית רבקה, הרצפלד ונווה עמית – או בפיתוח מוסדות חדשים. החלופה הממוקדת מציעה לפתח את בתי החולים דורות, הרצפלד ושמואל הרופא (שיעבור לקמפוס אסף הרופא וישולב בו) לבתי חולים גדולים בני 650 מיטות כ"א, ואת בית רבקה ונווה עמית לבתי חולים בינוניים. החלופה המבוזרת מציעה פיתוח מתון יותר, של 550-650 מיטות בשלושת המר"גים הגדולים, ופיתוח דומה בשניים הקטנים. בנוסף, החלופה הממוקדת מציעה פיתוחם של שני מוסדות חדשים, ואילו החלופה המבוזרת מציעה לפתח שלושה מוסדות חדשים בני 450-500 מיטות.

שתי החלופות מציעות פיתוח אשפוז גריאטרי במסגרת המוסדות המשולבים – אשר ינוע בין תוספת מחלקה (כ-40 מיטות) אחת לפחות בבתי החולים השרון ולניאדו, ובין תוספת אגף בן 400-500 מיטות. בשתי החלופות מוצע להקים אגפים בשני חולים משולבים חדשים – בחלופה הממוקדת אגפים בני 400 מיטות, בחלופה המבוזרת אגפים בני 300 מיטות.

חלופות פרוגרמתיות לאשפוז גריאטרי במחוז המרכז - תמצית			
מחלקות גריאטריות במוסדות אשפוז כללי		מוסדות אשפוז ייעודים לגיל השלישי	
חלופה ממוקדת	חלופה מבוזרת	חלופה ממוקדת	חלופה מבוזרת
40-400 מיטות בשישה בתי חולים כלליים-משולבים	40-500 מיטות בשמונה בתי חולים כלליים-משולבים	3 מוסדות גדולים בני 650 מיטות 2 מוסדות בינוניים בני 350-500 מיטות מוסד קטן בן 200 מיטות תוספת שני מר"גים חדשים	2 מוסדות גדולים בני 550- 650 מיטות 4 מוסדות בינוניים בני 350- 500 מיטות 1 מוסד קטן בן 250 מיטות תוספת 3 מר"גים חדשים

תיאור הפרישה המוצעת לאשפוז לגיל השלישי בשתי החלופות: בשתי החלופות מוצע לפתח אגפים לגיל השלישי בבתי חולים משולבים חדשים בנתניה ובמודיעין, לצד מערך האשפוז הקיים. בחלופה הממוקדת מוצעים מר"גים חדשים באזור טירה/טייבה, לשרות ריכוזי האוכלוסייה הקיימת והעתידית באזור, ובהרצליה. בחלופה המבוזרת מוצע, נוסף עליהם, גם מר"ג בלוד.

מחוז תל אביב:

סך הביקושים הצפויים לאשפוז לגיל השלישי במחוז תל אביב הוא 13,847 מיטות, מתוכן:

3,151 מיטות לגריאטריה פעילה.

10,696 מיטות לגריאטריה ממושכת.

היעד התכנוני – 3,151 מיטות אשפוז לגריאטריה פעילה (תת אקוטית) במוסדות משולבים ובמוסדות ייעודים (מר"גים). שתי החלופות הפרוגרמתיות למחוז מציעות מענה ליעד בהרחבת האגף הגריאטרי בביה"ח שיבא לכדי 500 מיטות, והרחבת האגפים לאשפוז הגריאטרי בבתי החולים סוראסקי וולפסון לכדי 200 מיטות כ"א. בנוסף, מציעות החלופות הרחבה של המר"ג הקיים רעות למוסד בינוני בן 350 מיטות (בחלופה הממוקדת) או 300 מיטות (בחלופה המבוזרת).

השוני בין החלופות הוא בפריסתם של מר"גים חדשים – בחלופה הממוקדת מוצע להקים שני מוסדות גדולים מאוד – בני 750 מיטות כ"א, בבני ברק ובמזרח העיר תל אביב. בחלופה המבוזרת מוצע להגביל את המוסדות לכדי 600 מיטות (הסף המקסימלי המוצע למוסד אשפוז לגיל השלישי) ולהוסיף עליהם מוסד בחולון.

חלופות פרוגרמתיות לאשפוז גריאטרי במחוז תל אביב - תמצית			
מחלקות גריאטריות במוסדות אשפוז כללי		**מוסדות אשפוז ייעודים לגיל השלישי**	
חלופה ממוקדת	**חלופה מבוזרת**	**חלופה ממוקדת**	**חלופה מבוזרת**
40-400 מיטות בשישה בתי חולים כלליים-משולבים	40-500 מיטות בשמונה בתי חולים כלליים-משולבים	2 מוסדות גדולים חדשים בני 750 מיטות מוסד בינוני בן 350 מיטות - רעות תוספת שני מר"גים חדשים	3 מוסדות גדולים חדשים בני 600 מיטות כ"א. מוסד בינוני בן 300 מיטות - רעות תוספת 3 מר"גים חדשים

מחוז ירושלים:

סך הביקושים הצפויים לאשפוז לגיל השלישי במחוז ירושלים הינו 8,447 מיטות. מתוכן:

1,942 מיטות לגריאטריה פעילה.

6,504 מיטות לגריאטריה ממושכת.

היעד התכנוני הינו 1,942 מיטות בחלוקה בין אגפים לאשפוז גריאטרי במוסדות משולבים ובין מוסדות ייעודים לאשפוז לגיל השלישי (מר"גים). שתי החלופות הפרוגרמתיות ממליצות על הרחבה

מתונה של מחלקות/אגפים לאשפוז לגיל השלישי בארבעת בתי החולים הציבוריים הקיימים – שערי צדק, הדסה עין כרם, הדסה הר הצופים ואל מקסאד –מתוך התחשבות בגדלי המוסדות ובצפיפות הקיימת בהם, וכן על הקמת אגף גריאטרי בבית חולים כללי-משולב חדש שיוקם בבית שמש. בנוסף, ממליצות שתי החלופות על הרחבתו של המר"ג הרצוג לכדי 500 מיטות.

החלופה הממוקדת ממליצה על הקמתו של מר"ג נוסף, בן 650 מיטות, במרחב הכפרי במחוז. החלופה המבוזרת ממליצה על הקמת שני מר"גים בינוניים, בני 300 מיטות כל אחד, במרחב הכפרי אשר יגבירו את הנגישות המרחבית. בנוסף, ממליצה החלופה המבוזרת על הקמת מר"ג קטן במזרח ירושלים על מנת לספק שרות ייעודי לאוכלוסייה.

חלופות פרוגרמתיות לאשפוז גריאטרי במחוז ירושלים - תמצית			
מחלקות גריאטריות במוסדות אשפוז כללי		**מוסדות אשפוז ייעודיים לגיל השלישי**	
חלופה ממוקדת	**חלופה מבוזרת**	**חלופה ממוקדת**	**חלופה מבוזרת**
80-100 מיטות בארבעה מוסדות קיימים, אגף בן 200 מיטות במוסד משולב חדש.	80-100 מיטות בארבעה מוסדות קיימים, אגף בן 150 מיטות במוסד משולב חדש.	2 מוסדות גדולים חדשים בני 750 מיטות מוסד בינוני בן 350 מיטות - רעות תוספת מר"ג חדש אחד	הרחבת ביה"ח הרצוג ל-500 מיטות אישפוז. 2 מוסדות חדשים בינוניים בני 300 מיטות כ"א. מוסד קטן בן 150 מיטות במזרח י-ם. תוספת 3 מר"גים חדשים

לאור מגבלות הפיתוח במוסדות קיימים, החלופה הממוקדת מאפשרת פיתוח מרכזים גריאטריים משמעותיים. מוסדות גדולים שכאלה הם בעלי פוטנציאל משיכה גבוה יותר של רופאים ושירותי אשפוז יום, ובכך יינתן שירות טוב יותר למאושפזים. **עם זאת, ולאור פיזור האוכלוסייה במחוז, ייתכן והחלופה הממוקדת לא תפזר בצורה טובה מספיק את שירותי הרפואה הגריאטרית במחוז שבו יש צורך בהתאמה והנגשה מרחבית לצרכי האוכלוסיות השונות.** פריסת האשפוז לגיל השלישי בחלופה המבוזרת מאפשרת מתן שירותי גריאטריה אקוטית בנגישות משופרת לקבוצות שונות באוכלוסייה, ובנוסף מאפשרת מוסדות אשפוז קטנים יותר אשר יוכלו להשתלב טוב יותר במרקם העירוני.

מחוז הדרום:

סך הביקושים הצפויים לאשפוז לגיל השלישי במחוז הדרום הם 12,555 מיטות גריאטריות, מתוכן:

2,542 מיטות לגריאטריה פעילה

10,013 מיטות לגריאטריה ממושכת.

היעד התכנוני במחוז דרום הוא של 2,542 מיטות אשפוז לגריאטריה פעילה. במחוז דרום לא קיימות כיום מחלקות ייעודיות לגיל השלישי במסגרת בתי החולים הכלליים, והמענה לגריאטריה פעילה ניתן במוסד בית הדר ובמיטות אשפוז גריאטרי במוסד השיקומי עדי נגב.

שתי החלופות הפרוגרמתיות מציעות פיתוח אגפים ייעודיים לגיל השלישי במסגרת ארבעת בתי החולים הכלליים הקיימים – סורוקה, ברזילי, אסותא אשדוד ויוספטל – בהתאם לגודלם של המוסדות וגודל האוכלוסייה המשורת על ידם. בנוסף, מציעות שתי החלופות הקמת אגפים ייעודים בבתי חולים כלליים חדשים שיקומו בבאר שבע (תכנית מאושרת לקרית בריאות פרס) ובקרית גת. בנוסף, ישמר מרכז האשפוז הייעודי לגיל השלישי בית הדר שבאשדוד, ויורחב מעט האשפוז לגיל השלישי במוסד השיקומי עדי נגב.

ההבדל שבין החלופות הוא בפיתוח מוסדות אשפוז חדשים לגיל השלישי. החלופה הממוקדת ממליצה על פיתוח שני מוסדות גדולים, עד 500 מיטות כ"א. החלופה המבוזרת ממליצה על פיתוחם של שלושה מוסדות – מוסד בינוני-גדול בן כ-400 מיטות בנתיבות, ושני מוסדות בינוניים בני כ-300 מיטות בדימונה ובצומת שוקת. פיזור זה של מוסדות ייתן מענה גם לפריסת האוכלוסייה במערב ובמזרח המחוז, וגם לאתגר הנגישות של קבוצות אוכלוסייה נבדלות במחוז, אשר מגבלות הניידות שלהן מחריפה את בעיית הנגישות הקיימת ממילא במחוז רחב שפיזור האוכלוסייה בו גדול.

חלופות פרוגרמתיות לאשפוז גריאטרי במחוז הדרום - תמצית			
מחלקות גריאטריות במוסדות אשפוז כללי		**מוסדות אשפוז ייעודים לגיל השלישי**	
חלופה ממוקדת	**חלופה מבוזרת**	**חלופה ממוקדת**	**חלופה מבוזרת**
100-250 מיטות בארבעה מוסדות קיימים, 200-300 מיטות בשני בתי חולים משולבים חדשים.	100-250 מיטות בארבעה מוסדות קיימים, 200-300 מיטות בשני בתי חולים משולבים חדשים.	2 מוסדות בינוניים חדשים בני 400-500 מיטות כ"א. מר"ג קיים - בית הדר – לערך 200 מיטות. תוספת 2 מר"גים חדשים	3 מוסדות בינוניים חדשים בני 300-400 מיטות כ"א. מר"ג קיים – בית הדר – לערך 200 מיטות. תוספת 3 מר"גים חדשים

שיקולים בבחירת חלופה מועדפת – העדפה לביזור מוסדות אשפוז גריאטריים

בעקבות מבחני הרגישות בין החלופות הפרוגרמתיות למחוזות השונים שהוצגו בסעיפים הקודמים, ולאור ייחודה של הרפואה הגריאטרית, כפי שתואר בתחילת פרק זה, נבחרה עבור כל המחוזות חלופת הפיתוח המבוזר. עיקרי השיקולים שהובילו לבחירה בפריסה מבוזרת של מוסדות אשפוז לגיל השלישי התבססו על העקרונות הבאים:

נגישות לאוכלוסיות - טווחי שירות ונגישות למוסדות האשפוז הגריאטרי בהתאם לפריסה היישובית הקיימת והעתידית וכחלק ממארג שירותים עירוני ו/או אזורי.

נגישות חברתית ותרבותית – קרבה למרכזי אוכלוסיות בהתאם לאופי האוכלוסייה.

שילוב עם מוקדי שירות ובריאות נוספים וייעול השירותים - השתלבות כחלק ממערך שירותי הרפואה במרחב עירוני/אזורי כחלק ממערך שירותי בריאות בקהילה.

6. חלופות ביקושים לאשפוז הפסיכיאטרי

א. המערכת הפסיכיאטרית: מצב קיים

מערכת הרפואה הפסיכיאטרית במדינת ישראל מטפלת במתמודדים עם מחלות והפרעות נפשיות. מטרתה של המערכת הפסיכיאטרית היא טיפול מיטבי בפגועי נפש תוך התייחסות אל צרכים שונים ובמסגרות שונות הכוללות אשפוז מוסדי, טיפול חירום, טיפול בהתמכרות וטיפול המעודד שיקום בקהילה[27]. בהמשך למגמת המעבר לשיקום בקהילה, שאיפת משרד הבריאות היא להמשיך להפחית את הטיפול במוסדות האשפוז ולהעביר את הטיפול והשיקום למוסדות ומרכזים קהילתיים.

סוגי האשפוז והטיפול הפסיכיאטרי בישראל

תחום בריאות הנפש בישראל כמו גם בעולם עובר שינויים משמעותיים הן מבחינה מבנית והן מבחינת שיטות טיפול ותמיכה במטופלים. בעשורים האחרונים התפתחו בישראל כמה מודלים לטיפול ואשפוז בבריאות הנפש:

טיפול בבתי חולים – הטיפול בבתי החולים מתחלק לאשפוז אקוטי, אשפוז ממושך ואשפוז יום:

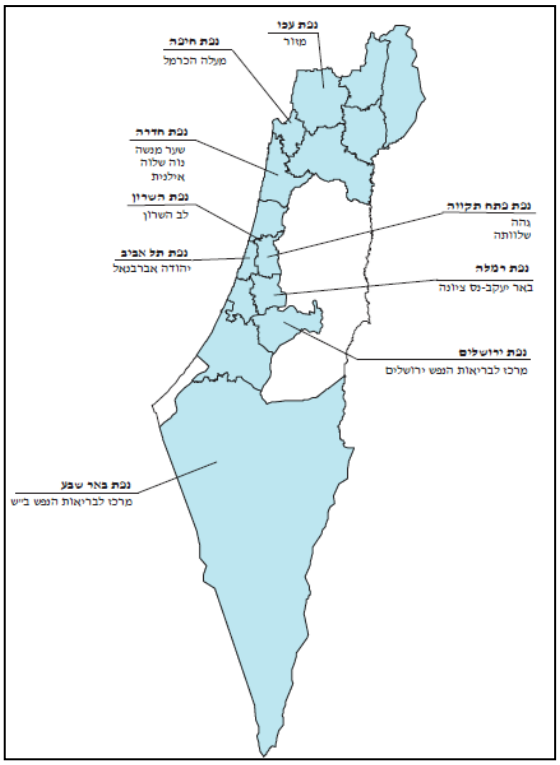
1. אשפוז פעיל (אקוטי) – הוא אשפוז בתחום בריאות הנפש בבית חולים, הכולל בתוכו שירותי אשפוז, שירותים אמבולטוריים ושירותי גמילה. לפי משרד הבריאות, אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים נועד לאנשים עם הפרעות או מחלות נפשיות אשר אינם יכולים לשהות בבית (בביתם או בבית קרוביהם).

נכון לשנת 2022, אשפוז פסיכיאטרי מתאפשר במסגרת ב-12 בתי חולים פסיכיאטרים או במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. מחלקות אלו כוללות פסיכיאטרית ילדים ונוער, פסיכיאטריה משפטית, פסיכיאטריה ממושכת, גמילה מסמים, שיקום פסיכיאטרי ואגף גריאטרי לתשושי נפש.

[27] מתוך אתר משרד הבריאות, בריאות הנפש, האגף לבריאות הנפש, 12/2020. https://bit.ly/2JASFHE

2. אשפוז ממושך-פעיל (חיים בבתי החולים) – נוסף על האשפוז הפעיל, קיים היום אשפוז פסיכיאטרי ממושך-פעיל בבתי חולים. בשנת 2017 היו במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי הממושך-פעיל כ-950 חולים פסיכיאטרים רשומים (בפועל, מדובר על כ-1,000 מטופלים).

בתי חולים לבריאות הנפש לפי נפות



3. טיפול יום – נוסף על האשפוז הפעיל, והאשפוז הממושך-פעיל, נכון לשנת 2018 פועלות בבתי החולים הפסיכיאטריים כמה מאות עמדות טיפולי יום. עמדות אלו מחולקות לפי סוגי טיפול: טיפול כללי, הפרעות אכילה, נפגעי תקיפה מינית וכיו"ב. אל טיפול היום המטופל מגיע לקבל טיפול 3-5 פעמים בשבוע (אמבולטורי).[28]

בין בית החולים לקהילה – קיים מודל יחיד היום בישראל המאפשר שיקום של חולים פסיכיאטריים קשים טרם המעבר למוסדות בקהילה ולשילוב ביתי.

קהילה משקמת/קהילה אקולוגית – שיקום לקראת שילוב חולים כרוניים בחיים משולבים בקהילה. זהו מודל שפותח באגף בריאות הנפש של משרד הבריאות תחת השם "קהילה משקמת". "קהילה אקולוגית" הקיים כבר הוא אב טיפוס למודל. שירות זה ניתן כשירות חוץ: המדינה מפרסמת מכרז עם סטנדרטים לבינוי והפעלה וחברות פרטיות ניגשות אליו. השוהים בבית הם החולים הקשים ביותר במערך האשפוז הפסיכיאטרי. בית זה מהווה תחליף אשפוז ארוך טווח ומסגרת שיקומית במקום אשפוז בבי"ח פסיכיאטרי. משרד הבריאות ערך מיפוי ובחן את מי ניתן להעביר מאשפוז בבתי החולים לסוג זה של אשפוז ושיקום. מודל קהילה אקולוגית הינו מודל ייחודי אשר הוקם בישראל ואינו קיים במקומות אחרים בעולם.[29]

טיפול בקהילה – משרד הבריאות סבור כי לשהות במסגרת אשפוזית יש תשומות והשפעה רפואית חיובית, אך היא קטנה יחסית. רוב התשומות וההשפעות החיוביות בטיפול האשפוזי הן סוציאליות/התנהגותיות – לכן ראוי וניתן להוציא מטופלים ממערך האשפוז לטובת מודלים מתקדמים משולבים בקהילה.[30]

מטופלים המגיעים מהקהילה, מקבלים טיפול בבית חולים וחוזרים לקהילה. בקהילה קיימים סוגי הטיפול הבאים:

בית מאזן או הוסטל – בתים מאזנים או הוסטלים מאפשרים למתמודדי נפש להישאר משולבים בקהילה. בית מאזן הינו ניסיון טיפולי למניעת והפחתת אשפוזים בבית חולים. זוהי מסגרת דיור

[28] מתוך תמ"א 49, דו"ח דמוגרפיה ואומדני תחלואה,2020.
[29] שם.
[30] שם.

בקהילה למשתקמים הזקוקים לתמיכה וליווי אינטנסיביים במשך כל היממה, עמם עובדים אנשי צוות באופן פרטני ו/או קבוצתי על פי תכנית אישית, המקנה למשתקם הרגלים וכישורים תפקודיים וחברתיים לפעילות יומיומית. כמו כן, קיים הוסטל לצעירים, הוסטל להפרעות אכילה והוסטל לאנשים עם בעיות גופניות. הבית המאזן/ההוסטל מיועד לנפגעי נפש המתפקדים ברמה נמוכה, אך אינם זקוקים לשהות בבית חולים, הם מסוגלים לחיות בקהילה, וחלקם מגלים נכונות ויכולת להתקדם, באמצעות עזרה והדרכה, לרמת תפקוד גבוהה יותר. בתים מאזנים ממוקמים בד"כ בבתי קרקע בלב שכונות מגורים מתוך תפיסה מקצועית של מקסימום נורמליזציה וסוציאליזציה. נכון להיום יש 8 בתים מאזנים בקהילה. משך שהייה ממוצעת: כ-5 שבועות, 12 מטופלים בבית (2 בחדר). יש במשרד הבריאות יעד של 100-130 בתים מאזנים תוך 3 שנים מהיום. לפי הערכה, בהינתן מענה הולם בקהילה, 30%-50% מהמטופלים שמצויים כיום באשפוז אקוטי פעיל יכולים לקבל טיפול ב"בית מאזן" בקהילה.[31]

דוגמה לבית מאזן – סטוריה – מבוסס על מודל הקיים בחו"ל. "הבית מבוסס על השקפת עולם הוליסטית, הרואה את האדם כשלם שנברא בצלם ומתוך כך יש להתייחס לאדם בצורה הראויה והמכבדת ביותר. ההתייחסות לפסיכוזה היא כחוויה אנושית קיצונית כאשר הגישה הנכונה להתמודדות עם פסיכוזה כרוכה בבניית סביבה מוגנת, חמה ומכבדת בתוך הקהילה". סטוריה מפעילה 3 בתים מאזנים (בכל בית כ- 10 מטופלים): בירושלים: בית לגברים – ממוקם בלב העיר ירושלים. בית לנשים – ממוקם בשכונת בקעה, בירושלים. בכפר יונה: בית מעורב לנשים ולגברים, הבית מכיל 10 מטופלים.[32]

דיור מוגן – שירות לדיירים הגרים בדירות שכורות, וזקוקים לסיוע ו/או לתמיכה בחייהם בקהילה. השירות כולל ביקורים ע"י מדריך ואיש מקצוע בתחום בריאות הנפש. המטרה היא להנחות את הדיירים לניצול משאבי הקהילה ומימוש זכויות, ולמילוי צורכיהם היומיומיים, כמו ניהול משק בית, שימוש בכסף, קניות, יחסי שכנות ופעילות בשעות הפנאי.

מגורים טיפוליים (מסגרות מיושנות, במיטות אשפוז לא מתוקננות שנמצאות בבתי חולים ובקהילה) – סה"כ 600 מטופלים הנמצאים במסגרות מיושנות אלו, מרביתם בקהילה. מלבדם, קיימת קבוצה של כ-100 מטופלים (מיטות לא מתוקננות ולא ברישוי) שנמצאת ב-3 בתי חולים (באר יעקב, שער מנשה, מעלה כרמל). יש גם מגורים טיפוליים בקהילה (משולמים על ידי משרד הבריאות) – אך אין למגורים אלו תכנון או רישוי. אלה מסגרות שהוקמו במהירות בשנות ה-90 על רקע הרפורמה המבנית של צמצום מיטות האשפוז בעיקר של בתי חולים פרטיים של בריאות נפש.[33]

מצבת האשפוז הפסיכיאטרי בישראל

בסוף 2017 היו 3,579 מיטות אשפוז פסיכיאטרי בישראל. בנוסף, היו בבתי החולים 323 מיטות לאשפוז יום ו-580 מיטות לטיפול יום. מס' המיטות לאשפוז פסיכיאטרי נמצא בירידה: משנת 2000 לשנת 2017 ירד מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי ב-54%, מ-5,619 בשנת 2000 ל-3,579 בשנת 2017 בעקבות הרפורמה.[34]

---

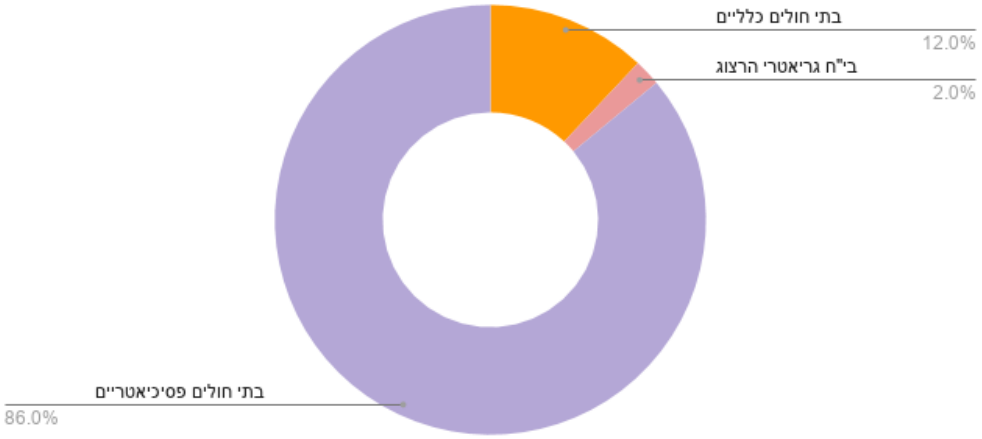
[31] מתוך תמ"א 49, דו"ח דמוגרפיה ואומדני תחלואה,2020.

[32] שם.

[33] שם.

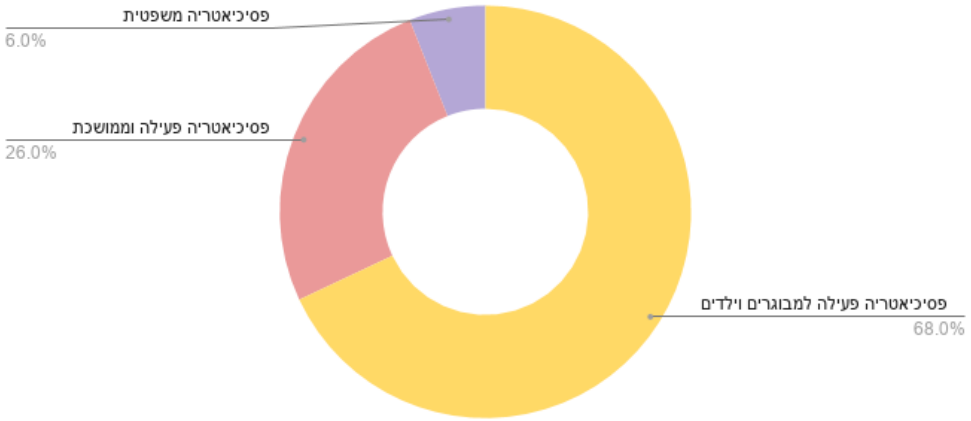
[34] מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2017, חלק א'.

מיקום מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בישראל:[35]



ב-2017 כעשירית (12%) ממיטות האשפוז פעלו בבתי חולים לאשפוז כללי, 2% היו בבי"ח הגריאטרי הרצוג בירושלים ושאר מיטות האשפוז, 86%, בבתי חולים פסיכיאטריים ייעודיים.[36]

חלוקת מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בישראל:[37]

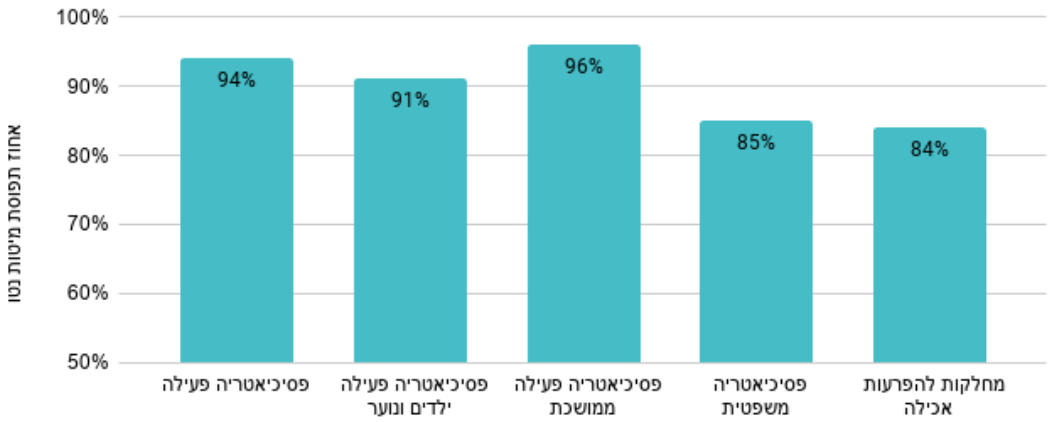


68% מכלל המיטות מיועדות לפסיכיאטריה פעילה למבוגרים וילדים, 26% לפסיכיאטריה פעילה-ממושכת ו-6% לפסיכיאטריה משפטית.[38]

שיעור ימי האשפוז הפסיכיאטרי נמצא במגמת ירידה ועמד על 141 ימי אשפוז ל-1,000 נפש בשנת 2017 לעומת 294 ימי אשפוז בשנת 2000 – ירידה של 50%. בהתאם, שיעור המיטות לאשפוז פסיכיאטרי נמצא אף הוא בירידה: 0.4 מיטות ל-1,000 נפש בשנת 2019 לעומת 0.88 מיטות ל-1,000 נפש בשנת 2000.[39]

[35] שם.
[36] שם.
[37] שם.
[38] שם.
[39] מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2017, חלק א', ועדכון 2019.

תפוסת מיטות אשפוז פסיכיאטרי בישראל, לפי סוג מחלקה:[40]



על אף הירידה במספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי, תפוסתן בשנת 2017 הייתה 94% בתקן נטו ו-96% ברוטו. התפוסה בפסיכיאטריה פעילה הייתה 94%, בפסיכיאטריה פעילה ילדים ונוער 91%, בפסיכיאטריה פעילה ממושכת 96%, בפסיכיאטריה משפטית 85% ובמחלקות להפרעות אכילה 84%. בעשור האחרון התפוסה במגמת ירידה בפסיכיאטריה פעילה-ממושכת והפרעות אכילה לעומת עליה בשאר המחלקות.[41]

חלוקת מיטות אשפוז פסיכיאטרי לפי סוג מוסדות

מערך האשפוז הפסיכיאטרי במדינת ישראל מפוזר בין מספר סוגי מוסדות. רוב המיטות נמצאות בבתי חולים ממשלתיים, והשאר מתחלקים בין מוסדות בבעלות קופ"ח כללית, מוסדות פרטיים, וציבוריים (כולל הדסה, מיסיון ומוסדות ציבוריים אחרים).

חלוקת מיטות אשפוז פסיכיאטרי לפי מוסדות:

בתי חולים ממשלתיים – 81%

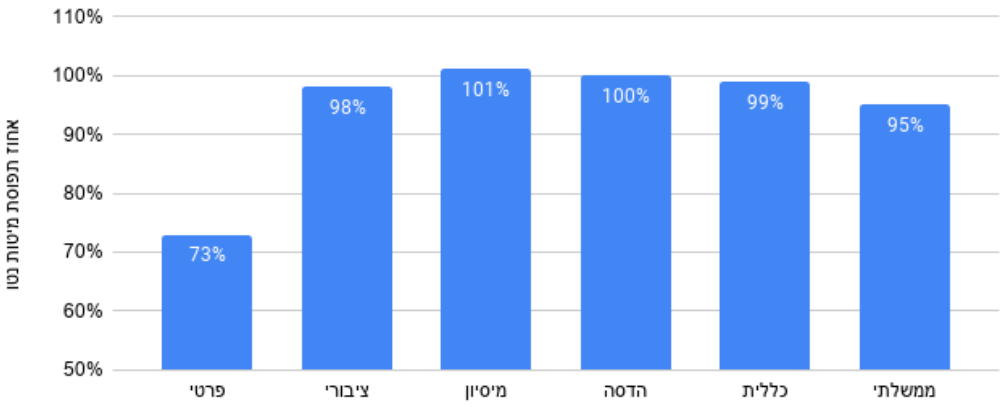
כללית – 9.5%

ציבורי (כולל הדסה, מיסיון וציבוריים אחרים) – 5%

פרטי – 4.5%

[40] מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2017, חלק א'.
[41] שם.

תפוסת מיטות אשפוז לבריאות הנפש בישראל, לפי בעלות:[42]



תפוסת המיטות משתנה בין סוגי המוסדות, ובהמשך לרפורמה בבריאות הנפש, מס' המיטות לאשפוז פסיכיאטרי במוסדות פרטיים ובבתי חולים ממשלתיים נמצא בירידה. משנת 2005 לשנת 2017 ירד מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים ממשלתיים ב-825 מיטות ובבתי החולים הפרטיים ב-1,012 מיטות. באותה תקופה בבתי חולים בבעלות שירותי בריאות כללית נוספו 39 מיטות.

בהמשך לרפורמה בבריאות הנפש, רוב המיטות המיועדות לאשפוז פסיכיאטרי הן לאשפוז פעיל, והשיקום שלאחר אשפוז זה מיועד להיות בקהילה.

הרפורמה בשירותי בריאות הנפש וטיפול בקהילה

מערכת בריאות הנפש עברה בשנים האחרונות שינוי תפיסתי יסודי ביותר, "הרפורמה", אשר באה לידי ביטוי בארגונם מחדש של השירותים בתחום. רפורמה זו מבוססת על היגיון רפואי וחברתי כאחד. התפיסה המובילה את המהלך היא כי אין להפריד בין תחלואת הנפש לרפואה הכללית – הפרדה זו נוגדת את התפיסה ההוליסטית של בריאות האדם, לפיה מחלות גוף ונפש משולבות בצורות שונות, לרבות בכל הנוגע לידע, לטיפול הראשוני, להכוונה, למעקב ולאשפוז. מן ההיבט החברתי, הוחלט כי יש להעביר את פגועי הנפש מבתי-החולים אל הקהילה ולשלבם בה. כך, במקום להרחיקם מהקהילה, יש לאפשר להם למצוא את מקומם כחלק בלתי נפרד מהמארג החברתי והסביבתי הקיים תוך ניהול חיים עצמאיים ויצרניים ככל האפשר, בליווי מערכות תומכות של רווחה ובריאות לפי צרכיהם.[43]

על מנת להשיג את היעדים הללו נדרשו שינויים ניכרים מהיבטים מקצועיים, תקציביים וחקיקתיים. מדובר למעשה, בשילובן של שתי רפורמות זו בזו: רפורמה מבנית ורפורמה ביטוחית. הרפורמה המבנית ברפואת הנפש, פירושה צמצום מספר מיטות האשפוז והרחבת המערך הקהילתי לטיפול בנכי הנפש, ובכלל זה העברת מאושפזים למחלקות הפסיכיאטריות בבתי-החולים הכלליים. במסגרת מדיניות זו החל משרד הבריאות בהעתקת מרכז הכובד של הטיפול בחולי הנפש מאשפוז

[42] שם.

[43] מתוך דוח שלב ב', תמ"א 49, מערכת מוסדות הבריאות בישראל במבט צופה עתיד, מסמך מדיניות.

בבתי-חולים פסיכיאטריים לקהילה ובשילוב בריאות הנפש ברפואה הכללית כבר לפני כשני עשורים. בד בבד, החל המשרד בפיתוח תוכניות שיקום וטיפול יום של משרד הבריאות בקהילה ובתגבור כוח-האדם המקצועי בקהילה כדי לשפר את הטיפול האמבולטורי בסובלים ממצוקה נפשית ולהגדיל את שיעור האוכלוסייה המטופלת.[44]

לצד שילוב שירותי בריאות הנפש בשירותי הרפואה הכלליים קובעי המדיניות קיוו כי הרפורמה תסייע בהסרת הסטיגמה מהמטופלים בשירותי בריאות הנפש ומאנשים הסובלים ממחלות נפש. מטרתם של מתכנני הרפורמה הייתה להגיע לשיעור של ארבעה אחוזים מהאוכלוסייה המבוגרת ושני אחוזים מאוכלוסיית הילדים שיהיו זכאים לשירותי בריאות נפש, ויקבלו אותם. ההנחה הייתה כי בעקבות הרחבת שירותים אלו ניתן יהיה למנוע אשפוזים מיותרים, לייעל במידה ניכרת את שירותי בריאות הנפש וכמובן לשפר את בריאותם ואיכות חייהם של אנשים הסובלים ממחלות נפש.[45]

שירותי האשפוז הפסיכיאטרי ממשיכים להינתן כבעבר בבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים או ציבוריים אחרים או במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. בעקבות הרפורמה התשלום עבור שירותי האשפוז הועבר לאחריות קופות החולים.[46]

שירותי השיקום בבריאות הנפש ('סל שיקום') – בשירותים אלו לא חלו שינויים במסגרת הרפורמה, והם ממשיכים להיות באחריותו הישירה של משרד הבריאות. טיפולים נפשיים ניתנים בכמה סוגי מסגרות - מרפאות בריאות הנפש של קופות החולים, במרפאות כלליות של קופות החולים בהן נמצאים אנשי מקצוע בבריאות הנפש, במרפאות של משרד הבריאות, במרפאות חוץ של חלק מבתי החולים הכלליים ובמרפאות נוספות איתן יש לקופות החולים הסדר. [47]

תכנון מערך האשפוז הפסיכיאטרי יתבסס על העברה לקהילה של כ-50% מהחולים הכרוניים למסגרות מתאימות בקהילה תוך קידום והקמת המוסדות המתאימים לקליטתם המיטבית. האשפוז במסגרות בתי החולים יתמקד בטיפול במקרים האקוטיים והפורנזיים.[48]

תוכנית המתאר תמ"א 49 מדגישה את החשיבות של התאמת המוסדות הקיימים לקליטה של מקרי תחלואה אקוטית קשה ומקרים פורנזיים תוך שימת דגש על שיפור והתאמת מגורי המטופל וסביבתו לדרישות ולסטנדרטים מתקדמים. תוך שמירה על כבוד המטופל ואיכות החיים במוסד. [49]

שיקום פסיכיאטרי בקהילה

לפני כשני עשורים, גברה ההכרה החברתית בזכותם של אנשים עם נכות נפשית להשתלב בחיי הקהילה. פיתוח הקהילה והקמתם של שירותים קהילתיים פרואקטיביים אשר יגיעו לביתו של המטופל עומדים בליבת צמצום הצורך באשפוז ובאשפוז בכפייה בבריאות הנפש. [50]

---

[44] ב. לוי, הרפורמה בבריאות הנפש, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2004.
[45] מתוך דוח שלב ב', תמ"א 49, מערכת מוסדות הבריאות בישראל במבט צופה עתיד, מסמך מדיניות.
[46] שם.
[47] שם.
[48] שם.
[49] שם.
[50] משרד הבריאות.

במהלך 2017 היו כ-26,023 אנשים שקיבלו שירותי שיקום פסיכיאטרי בקהילה, לעומת 21,927 משתקמים בשנת 2014, עלייה של כ-19%. מחציתם של המשתקמים הם צעירים בגיל 18-44, 22% בגיל 45-54, 19% בגיל 55-64 ו-8% בגיל 65 ומעלה. שיעור המשתקמים בקהילה גבוה במחוז חיפה (5.5), במחוזות הדרום וירושלים (5.2), ונמוך במחוז הצפון (4.2), תל אביב (4.5), המרכז (3.8) וביהודה ושומרון (3.1). משנת 2014 השיעור עלה ביהודה ושומרון ב-38%, בירושלים ובתל אביב ב-17% ובשאר המחוזות ב-10%-11%.

סוגי השירותים שקיבלו משתקמי בריאות הנפש בקהילה – 66% מן המשתקמים בקהילה קיבלו במהלך 2017 שירותי תעסוקה (17,169). 60% מהם קיבלו שירותי מגורים נתמכים (15,633), 38% קיבלו שירותי פנאי וחברה (9,869), 17% קיבלו שירותי סמך וחונכות (4,454) 8.5% קיבלו שירותי תיאום טיפול (2,212) ו-7% קיבלו שירותי השכלה (1,805).

מרבית (92%) הפונים לוועדת שיקום ראשונה קיבלו אישור לקבלת השיקום בקהילה, 60% ממשו את השיקום בתוך חודשיים מקבלת האישור, 79% בתוך חצי שנה ו- 83% ממשו את השיקום בתוך שנה מקבלת האישור.

תכנון מערך האשפוז הפסיכיאטרי יתבסס על העברה לקהילה של כ-50% מהחולים הכרוניים למסגרות מתאימות בקהילה תוך קידום והקמת המוסדות המתאימים לקליטתם המיטבית. האשפוז במסגרות בתי החולים יתמקד בטיפול במקרים האקוטיים והפורנזיים.[51]

תוכנית המתאר תמ"א 49 מדגישה את החשיבות של התאמת המוסדות הקיימים לקליטה של מקרי תחלואה אקוטית קשה ומקרים פורנזיים תוך שימת דגש על שיפור והתאמת מגורי המטופל וסביבתו לדרישות ולסטנדרטים מתקדמים. תוך שמירה על כבוד המטופל ואיכות החיים במוסד.[52]

כמו כן, גישת משרד הבריאות היא קידום והקמה של מחלקות/אגפים פסיכיאטריים בתוך בתי חולים כלליים אשר יהוו חלק אינטגרלי ומשמעותי מפעילות ביה"ח. טיפול ואשפוז פסיכיאטרי כחלק מבי"ח כללי מקדם את התפיסה המובילה כי אין להפריד בין תחלואת הנפש לרפואה הכללית. התפיסה המקודמת על ידי משרד הבריאות היא תפיסה הוליסטית של בריאות האדם, לפיה מחלות גוף ונפש משולבות בצורות שונות, לרבות בכל הנוגע לידע, לטיפול הראשוני, להכוונה, למעקב ולאשפוז.

לאור הנחות יסוד אלו, ואלו שפורטו בסעיפים לעיל, פותחו הנחות המוצא הבאות לחלופות ביקוש למיטות אשפוז פסיכיאטרי.

ב. הנחות מוצא לחלופות ביקוש:

גידול אוכלוסייה	תחזיות אוכלוסייה לפי נתוני למ"ס – לפי תחזית בינונית

[51] שם.
[52] שם.

פריסת אוכלוסייה	תרחישי פריסת אוכלוסייה התחשבו בשני תרחישים: תרחיש יעדים – פריסת אוכלוסייה לפי תכנית אסטרטגית של מנהל התכנון והמועצה לכלכלה. תרחיש מגמות – המשך בהתאם למצב קיים.
עלייה בתחלואה	תרחישי עליה הדרגתית בתחלואה הכללית בתקופת התכנון לפי: קצב נמוך – עליה של עד 5% עד שנת 2050. קצב מוגבר – עליה של עד 10% עד שנת 2050.
אשפוז בקהילה	המשך מצב תואם הרפורמה, חלופה של מעבר של מיטות אשפוז (או תחליפי אשפוז) לקהילה ולבית המטופל בהיקף של 50%.
רמת רווחה	תפוסת מיטות אשפוז כללי ממוצעת נורמטיבית לפי 85%.

ג. תמצית החלופות הפרוגרמתיות

על בסיס המתודולוגיה המוצגת והנחות בנוגע להיקף התחלואה, משך האשפוז ותפוסת מיטות נורמטיבית, בוצע אומדן להיקף המיטות הנדרש לאגפי האשפוז הפסיכיאטריים לפי מחוזות ולפי תרחישי פריסת האוכלוסייה בשנות היעד של התכנית (2050). היקף המיטות הוא תוצאה של אומדן ימי האשפוז המתקבלים במודל בחלוקה לשיעור התפוסה במכפלת ימי השנה.[53] להלן תמצית התובנות מהאומדן.

כל התרחישים מורים על גידול בהיקף המיטות הנדרש, הנובע מן הגידול באוכלוסייה. בתרחיש הבסיס (מתחשב רק במאפייני התחלואה הנוכחיים ובשינויים הדמוגרפיים) נדרשות כ-5,590 מיטות לעומת כ-6,327 בתרחיש עליה של 5% בתחלואה וזאת ביחס ל-3,140 כיום. בתרחיש הבסיס, תפוסת המיטות נשארת גבוהה כפי שהיא היום (כ-89%). הביקוש למיטות באומדן משקף גידול של 178%-200% בהיקף המיטות הנדרש כתלות בתרחיש.

תחזית הדרישה למיטות אשפוז מבוססת על ההנחה כי צפויה העברה משמעותית של אשפוזים פסיכיאטריים ממוסדות האשפוז (בתי החולים) לקהילה.

[53] שם.

אומדן להיקף מיטות פסיכיאטריות בשנות היעד של התכנית על פי תרחישי תחלואה, תרחישי פריסת אוכלוסייה ולפי מחוזות עם מעבר של 50% מהאשפוזים לקהילה:[54]

אמדן ביקוש לאשפוז פסיכיאטרי - סה"כ ארצי	סה"כ מיטות אשפוז פסיכיאטרי	גידול ביחס למצב קיים
מצב קיים - ינואר 2021	**3,650**	
מיטות ל- 1,000 נפש	**0.4**	
תרחיש בסיס - בהתייחסות לרמת תחלואה ורווחה נוכחית	**5,591**	**178%**
מיטות ל- 1,000 נפש	**0.36**	
תרחיש תחלואה נמוך - עליה 5% תפוסה 85%	**6,025**	**192%**
מיטות ל- 1,000 נפש	**0.38**	
תרחיש תחלואה גבוה - עליה 10% תפוסה 85%	**6,327**	**201%**
מיטות ל- 1,000 נפש	**0.4**	

[54] שם.

ד. סיכום תרחישים ותחזיות – מבט מחוזי

הנחות העבודה עבור תכנון מערכת בריאות הנפש במחוזות השונים מתבססות על מעבר של 50% ממיטות האשפוז למוסדות בקהילה. ללא הקצאת משאבים, בניית מוסדות מתאימים והכשרה והעסקה של אנשי צוות במוסדות בקהילה, לא ניתן יהיה להבטיח מענה מתאים לצרכי המטופלים בעתיד. נוסף על המעבר לטיפול בקהילה, צפוי שינוי במערך הטיפול הפסיכיאטרי בבתי חולים הכלליים – יפותחו מחלקות אשפוז פסיכיאטרי בכל בתי החולים הכלליים הקיימם והעתידיים והם ישולבו עם מרכזי המוח, וכן הטיפול בדמנציה ובמחלות הנפש בגיל השלישי והרביעי יועברו למחלקות הגריאטריות.

חלוקת המיטות לאשפוז פסיכיאטרי הנדרשות במחוזות השונים:

במחוז חיפה תידרשנה בין 335-395 מיטות (0.22 מיטות לאלף נפש).

במחוז צפון תידרשנה בין 474-536 מיטות (0.22 מיטות לאלף נפש).

במחוז תל אביב תידרשנה בין 465-527 מיטות (0.21-0.22 מיטות לאלף נפש).

במחוז מרכז תידרשנה בין 712-818 מיטות (0.21 מיטות לאלף נפש).

במחוז דרום תידרשנה בין 468-529 מיטות (0.19 מיטות לאלף נפש).

במחוז ירושלים תידרשנה בין 349-423 מיטות (0.18 מיטות לאלף נפש).

עבור אוכלוסיית איו"ש תידרשנה עוד 116-178 מיטות (0.15 מיטות לאלף נפש).

הביקוש לדרישה למיטות אשפוז פסיכיאטרי בישראל לשנת 2050 – יינתן במסגרת בתי החולים הפסיכיאטריים הקיימים, במסגרת פיתוח מחלקות/אגפים בבתי חולים כלליים ובמסגרות קהילתיות.

7. חלופות ביקושים לאשפוז שיקומי

א. אשפוז שיקומי: רקע

על פי הגדרת ארגון הבריאות העולמי "שיקום הנו תהליך של שיקום רפואי ותפקודי של אנשים עם מגבלות. זהו תהליך טיפולי המיועד לאפשר למשתקמים להשיג ולשמר את רמות התפקוד הפיזיות, החושיות, השכליות, הרגשיות והחברתיות האופטימאליות שלהם הן ברמה הפרטנית והן כחלק ממכלול התפקוד המשפחתי והחברתי. השיקום מצייד אנשים עם מוגבלות בכלים הדרושים להם להשיג עצמאות מיטבית בתפקוד ובקבלת החלטות בהתאם ליכולותיהם. מדובר ברצף הליכי שיקום המתחיל בטיפול באירוע חריף (במידה שיש אירוע כזה) ומסתיים במיצוי המרבי של היכולת התפקודית שנותרה לאדם".[55]

השיקום נועד להשיב לאדם את היכולת התפקודית ולהביאו לעצמאות מרבית. הטיפול השיקומי מיועד לאנשים הסובלים מלקויות ומגבלות שונות כתוצאה מפציעה או מחלה ויחל בסמוך, ככל הניתן, להתרחשות האירוע.

אשפוז שיקומי בישראל: בישראל שני מוסדות לאשפוז שיקומי: בית לוינשטיין ואלין. בנוסף, בחלק מהמרכזים הרפואיים/בתי חולים קיימות מחלקות שיקום.

בינואר 2022 היו 912 מיטות לשיקום, (כולל שיקום כללי, שיקום ילדים, שיקום אורתופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי וטיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה). 41% מהמיטות היו בבית חולים לשיקום, 44% בבתי חולים לאשפוז כללי ו- 15% בבתי חולים גריאטריים. נכון לסוף שנת 2018, היה שיעור מיטות האשפוז השיקומי 0.095 ל- 1,000 נפש.

שיעור המיטות נמוך במחוז הצפון והדרום, לעומת שיעור גבוה במחוז תל אביב והמרכז. (בנפות צפת, כנרת, השרון ורחובות לא היו מיטות לשיקום נכון לשנת 2017).

מספר ימי אשפוז: בשנת 2017 היו 306,000 ימי אשפוז לשיקום, 45% בבתי חולים לשיקום, 42% בבתי חולים לאשפוז כללי ו- 13% בבתי חולים גריאטריים.

תפוסת מיטות: נכון ל- 2017, 99% (ירידה מ- 100% משנת 2016).

שהיה ממוצעת: 44 ימים בשנת 2017 (שיעור יציב בעשור האחרון). השהיה במוסדות לשיקום גבוהה בהשוואה למוסדות לאשפוז כללי. שהיה ממוצעת גבוהה נרשמה במחלקות לשיקום נשימתי ילדים, טיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה, שיקום נוירולוגי, שיקום ילדים ושיקום נשימתי.

מיטות אשפוז לשיקום לפי מחלקה וסוג מוסד

מחלקה	ביי"ח כללי	ביי"ח שיקומי	מרכזים גריאטריים	סכום כולל	שיעור מכלל המיטות
שיקום כללי	183	30	130	343	37%

[55] משרד הבריאות.
https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/Rehabilitation/Pages/default.aspx.

שיקום נוירולוגי	94	180		274	30%
שיקום אורתופדי	68	36		104	11%
שיקום ילדים	15	53		68	7%
הנשמה ממושכת צעירים		66		66	7%
שיקום נשימתי ילדים		28		28	3%
ט.נ. שיקומי מחוסרי הכרה		20		20	2%
שיקום נשימתי	18			18	2%
סכום כולל	378	413	130	921	100%
	41%	45%	14%	100%	

ב. הנחות מוצא לחלופות ביקוש

חלופות הביקוש לאשפוז השיקומי פותחו על בסיס הנחות העבודה הבאות:

גידול אוכלוסייה	תחזיות אוכלוסייה לפי נתוני למ"ס – לפי תחזית בינונית
פריסת אוכלוסייה	תרחישי פריסת אוכלוסייה התחשבו בשני תרחישים: תרחיש יעדים – פריסת אוכלוסייה לפי תכנית אסטרטגית של מנהל התכנון והמועצה לכלכלה. תרחיש מגמות – המשך בהתאם למצב קיים.
עלייה בתחלואה	תרחישי עליה הדרגתית בתחלואה הכללית בתקופת התכנון לפי: קצב נמוך – עליה של עד 5% עד שנת 2050. קצב מוגבר – עליה של עד 10% עד שנת 2050.
אשפוז בקהילה	מעבר הדרגתי של עד כ- 15% ממיטות אשפוז לקהילה עד שנת 2050.
רמת רווחה	תפוסת מיטות אשפוז כללי ממוצעת נורמטיבית לפי 85%.

ג. תמצית חלופות הפרוגרמה

על בסיס המתודולוגיה המוצגת והנחות בנוגע להיקף התחלואה, משך האשפוז ותפוסת מיטות נורמטיבית, בוצע אומדן להיקף המיטות הנדרש לאגפי האשפוז השיקומיים לפי מחוזות ולפי תרחישי פריסת האוכלוסייה בשנות היעד של התכנית (2050). היקף המיטות הוא תוצאה של אומדן ימי האשפוז המתקבלים במודל בחלוקה לשיעור התפוסה במכפלת ימי השנה.[56]

על בסיס המתודולוגיה לאמדן ימי אשפוז והנחות בנוגע להיקף התחלואה, משך האשפוז ותפוסת מיטות נורמטיבית, בוצע אמדן להיקף המיטות הנדרש לאגפי האשפוז השיקומיים לפי מחוזות ולפי תרחישי פריסת האוכלוסייה בשנות היעד של התכנית (2050).

היקף המיטות הוא תוצאה של אמדן ימי האשפוז המתקבלים במודל בחלוקה לשיעור התפוסה במכפלת ימי השנה. אמדן מיטות האשפוז השיקומיים מראה מספר תוצאות מרכזיות:

ישנו גידול בכל התרחישים בהיקף המיטות הנדרש לאור הגידול באוכלוסייה. בתרחיש הבסיס (מתחשב רק במאפייני התחלואה הנוכחיים ובשינויים הדמוגרפיים) נדרשות כ- 1,5850 מיטות לעומת כ-1,995 בתרחיש התחלואה הגבוה יותר וזאת ביחס ל- 921 כיום. בתרחיש הבסיסי, תפוסת המיטות נשארת גבוהה כפי שהיא היום (כ- 100%).

כמות המיטות באמדן משקפת גידול של 172%-217% בהיקף המיטות הנדרש כתלות בתרחיש.

בתחום זה, צפויה העברה של חלק מימי האשפוז ממוסדות האשפוז בבתי החולים לקהילה.

תרחיש שבמסגרתו 15% מימי האשפוז עוברים לקהילה מפחית בהתאם את היקף המיטות הנדרש במוסדות בי"ח.

אומדן להיקף מיטות שיקומיות בשנות היעד של התכנית על פי תרחישים:

אמדן ביקוש לאשפוז שיקומי - סה"כ ארצי		סה"כ מיטות אשפוז שיקומי	גידול ביחס למצב קיים
מצב קיים - ינואר 2021		**912**	
מיטות ל- 1,000 נפש		**0.098**	
		סה"כ מיטות אשפוז שיקומי נדרשות	
תרחיש בסיס - בהתייחסות לרמת תחלואה ורווחה נוכחית		**1,585**	**172%**
מיטות ל- 1,000 נפש		**0.1**	
תרחיש תחלואה נמוך - עליה 5% תפוסה 85%		**2,700**	**197%**
מיטות ל- 1,000 נפש		**0.17**	
תרחיש תחלואה גבוה - עליה 10% תפוסה 85%		**3,000**	**217%**
מיטות ל- 1,000 נפש		**0.19**	

[56] שם.

ד. מדיניות תכנון ופיתוח מוסדות השיקום במבט מחוזי

תמ"א 49 מתייחסת לאתגרים העומדים בפני מערך השיקום: מחסור במיטות אשפוז שיקומי (וגריאטריה שיקומית) ופיזור גיאוגרפי לא אחיד של המיטות המתבטא במחסור בצפון ובדרום הארץ ואזור ירושלים. תופעה נוספת היא השהייה לא רצויה של מטופלים הזקוקים לשיקום במחלקות האשפוז הכללי או הפנייתם למוסדות ללא רישוי מתאים לשיקום או לגריאטריה שיקומית.[57]

משרד הבריאות מגבש תכנית להוספת מיטות שיקום עד לשנת 2021, אשר צפויה לצמצם את הפערים בין המרכז לפריפריה. בנוסף, הוסכם על פתיחת בית חולים שיקומי בפורייה, אשר יכלול שיקום כללי, שיקום ילדים ושיקום גריאטרי.[58] כמו כן, בשנת 2019 נפתח מרכז רפואי רעות בקהילה בקריית גת. המרכז הרפואי החדש הינו שלוחה ראשונה של בית החולים רעות מחוץ לקמפוס הראשי בת"א ומשרת את האוכלוסייה המתגוררת בקריית גת והסביבה. המרכז איננו מיועד לאשפוז ומציע טיפולי שיקום יומיים לצד טיפול מרפאתי.[59]

גישת משרד הבריאות היא קידום בתי החולים העתידיים כך שיוכלו להתפתח לבתי חולים משולבים ויכללו מיטות כלליות, גריאטריות, פסיכיאטריות ושיקומיות. בהתאם לכך הוחלט על מימוש מלוא האפשרויות הפוטנציאליות בכל בתי החולים והקמה של מחלקות/אגפים שיקומיים בתוך בתי חולים כלליים אשר יהוו חלק אינטגרלי ומשמעותי מפעילות ביה"ח.

חלוקת המיטות לאשפוז שיקומי הנדרשות במחוזות השונים:
במחוז חיפה תידרשנה 300 מיטות.
במחוז צפון תידרשנה בין 600 מיטות.
במחוז תל אביב תידרשנה בין 380 מיטות.
במחוז מרכז תידרשנה בין 870 מיטות.
במחוז דרום תידרשנה בין 485 מיטות.
במחוז ירושלים תידרשנה בין 420 מיטות.

הביקוש לדרישה למיטות אשפוז פסיכיאטרי בישראל לשנת 2050 – יינתן במסגרת בתי החולים השיקומיים הקיימים, במסגרת פיתוח מחלקות/אגפים בבתי חולים כלליים ובבתי חולים חדשים מוצעים.

[57] מבקר המדינה, דוח שנתי 62, עמ' 287-283.

[58] מ. יסעור בית אור, "הפער מתרחב: על כל מיטת שיקום חדשה בפריפריה, 2 נוספות במרכז", ישראל היום, 15 במאי 2017. https://www.israelhayom.co.il/article/476313 [תאריך כניסה: 28 במאי 2020].

[59] בית חולים שיקומי רעות תל אביב. https://www.reuth-mc.org.il/%D7%A0%D7%A4%D7%AA%D7%97-%D7%9E%D7%A8%D7%9B%D7%96-%D7%A8%D7%A4%D7%95%D7%90%D7%99-%D7%A8%D7%A2%D7%95%D7%AA-%D7%91%D7%A7%D7%94%D7%99%D7%9C%D7%94-%D7%91%D7%A7%D7%A8%D7%99%D7%AA-%D7%92%D7%AA/ [תאריך כניסה: 28 במאי 2020].

תמ"א 49, דו"ח שלב ג'

חלק שלישי:

ניתוח צריכת הקרקע של מוסדות אשפוז

חלק שלישי: ניתוח צריכת הקרקע של מוסדות אשפוז

א. מטרות ומתודולוגיה

אומדן שטחי הקרקע הנדרשים למוסדות אישפוז מגדיר (בהתבסס על פרוגרמות קיימות ומתוכננות, ועל הגדרת הפונקציות הנדרשות בבית החולים העתידי) את גודל הקמפוסים (בדונם) הנדרש לבניית המוסדות ולתפעולם. טווחי השטחים הנדרשים מבטאים שונות הן בגודל מוסדות האישפוז (בין 850 ועד 2,200 מיטות במוסדות משולבים, בין 300 ועד 600 מיטות במוסדות לגיל השלישי - גריאטריה) – והן שונות באופי הבינוי של מוסדות אישפוז: בניה אינטנסיבית על ובתת הקרקע ועליה לגובה במרכזים עירוניים[60] לעומת עליה מתונה יותר ושימוש פחות בתת הקרקע במרכזים עירוניים ואזורים פרווריים המאופיינים בבניה מתונה.

נוסף על גודל המוסד ומיקומו, ישפיעו על יכולת ניצול הקרקע – ולפיכך על גודל הקמפוס הנדרש - גורמים נוספים כגון נגישות: סמיכות למערכות מתע"ן ושרות תחבורה ציבורית מצמצמים את שימוש הקרקע לדרכים ולחניה, טופוגרפיה: מיקום בשטח מישורי או תלול, ועוד. אומדן גודל הקמפוס המוצג כאן מהווה אם כן מסגרת בלבד אשר יש לדייק אותה בהתחשב בנסיבות התכנון והמיקום של כל מוסד.

אומדן גודל הקמפוס הרפואי מבסס שתי פעולות תכנוניות:

הערכת אפשרויות הבינוי והפיתוח וקליטת מיטות אשפוז בקמפוסים של מוסדות רפואה קיימים: אחת ממשימותיה של תמ"א 49 הינה לבחון את ניצול הקרקע הקיים במוסדות רפואה ואישפוז, ואת יכולתם לקלוט את תוספת הביקושים לשרותי אישפוז עד לשנת היעד. הערכת השטח הנדרש למוסד רפואה בהתאם לגודלו (מספר מיטות אישפוז כולל) מאפשרת להעריך את אפשרויות הפיתוח במסגרת השטחים למוסדות אישפוז הקיימים והמאושרים כיום – ולבחון אפשרויות למתן מענה לצרכים עתידיים.

הערכת היקף השטחים הנדרשים לאיתור להקמת מוסדות חדשים – מבסס קריטריון לישימות חלופות מרחביות לפריסת מוסדות עתידיים במחוזות השונים. בתמצית האומדן שפורט בסעיף זה, עולה כי למרכז רפואה משולב גדול נדרש לאתר שטח קרקע בגודל שבין 280-180 דונם, [בהתאם לגודל המוסד ומס מיטות מתוכנן] ואילו למרכז רפואה בהתמחות גריאטרית נדרש לאתר קרקע בגודל שבין 25 דונם לבי"ח בינוני (במרכז עירוני אינטנסיבי) ועד ל-60 דונם לבי"ח גדול (במרחב חצי עירוני).

במסגרת העבודה נערך ניתוח השימוש בקרקע בבתי החולים הקיימים, ובהתפלגות לשלושה סוגים של מוסדות אשפוז: כללי, גריאטרי ושיקומי.

הניתוח בחן את שטח הקרקע הכולל (במ"ר) עבור מיטת אשפוז בקמפוס בית החולים. שטח זה מכליל בתוכו את הפונקציות הכלל מוסדיות – רפואיות ושאינן רפואיות כולל שטחים למרפאות חוץ, מכונים, אקדמיה ומחקר, מרכז כנסים, הכשרה מקצועית, מנהלה, שירותים טכניים, שירותים לעובדים, שרותי נוחות, מגורים ומלונאות ועוד – בהתאם לפרוגרמות הנערכות כיום

[60] נדרש לסייג ולומר כי לפי הנחיות משרד הבריאות, קיימת מגבלת בטיחות שאינה מאפשרת אשפוז מעל לגובה 8 קומות. בניה לגובה אפשרית תוך שילוב שימושים – מיקום פונקציות כגון מכונים, מרפאות ומעבדות בקומות הגבוהות.

למוסדות חדשים בארץ ובעולם, את השטחים הפתוחים, לרווחה, שניה ונוי, את שטחי החניה העל ותת קרקעיים, הדרכים, מנחתי מסוקים ועוד.

גודל שטח הקרקע מושפע מעוצמת הבניה המאושרות/האפשריות בקמפוס הרפואי, סכמות הארגון ופרישת המבנים, אפשרויות העצמת הבניה כולל הבניה לגובה , וניצול תת הקרקע , אפשרויות הבניה בשלבים, דרישות בטיחות ובטחון והערכות שעת חרום, כמו גם הבטחת התקצוב והמימון לאורך זמן. שיקולים אלה משפיעים ישירות הן על יעילות ניצול הקרקע, והן על צפיפות הבינוי בקמפוס.

שיטת העבודה כללה סקירת מספר דוגמאות מבתי"ח מחו"ל, סקר של קמפוסים רפואיים קיימים, פרוגרמות לתכנון ולהרחבת בתי חולים קיימים וחדשים, בהסתמך על נתוני משרד הבריאות, נתוני קופת חולים כללית ונתונים מתוכניות בניה מאושרות של מוסדות אשפוז. בנוסף –נסקרו גם תכניות הרחבה של בתי החולים,. ניתוח סה"כ השטח הבנוי במ"ר ושטח הקרקע המועמס על יחידת מדידה שמסומלת בתוכנית באמצעות מיטת אשפוז הסקירה נערך הן למצב הקיים והן למצב המתוכנן.

הניתוח אפשר לבחון מגמות שינוי בניצול הקרקע ובציפוף בתי החולים הקיימים – והראה את השונות הגדולה בין מוסדות האשפוז. שונות זו נובעת המתפתחות היסטורית והקצאות קרקע ומתחמי פיתוח בתקופות שונות, ומהטווח הרחב של גודל בתי החולים (מיטות אשפוז), והיא משקפת מספר גורמים:

- ההבדלים בהקצאת הקרקע בתקופות שונות: החל בבתי החולים ההיסטוריים שהתפתחו בתחילת המאה הקודמת במגרשים מצומצמים, עבור לבתי החולים שהוקמו בעשורים הראשונים להקמת המדינה בשטחים נרחבים, כולל העברת מתחמים רפואיים מזמן המנדט הבריטי והסבתם לקמפוסים רפואיים, מתחמי בתי חולים חדשים כגון ברזילי, זיו ועוד ועד לקמפוסים רפואיים המתוכננים כיום (מרכז בגין – בצומת גלעם ומרכז פרס) להיקף מיטות גדול.
- השוני בין מוסדות פרטיים שהתפתחו במגרשים מצומצמים בערים (דוגמת מעייני הישועה ושערי צדק) לעומת מוסדות שהתפתחו במרחב הכפרי על שטחים גדולים (דוגמת ביה"ח שוהם).
- השוני בין סוגי מוסדות האשפוז השונים – המושפעים ממגוון השירותים והפונקציות הניתנים במוסד האשפוז, וממשך האשפוז הממוצע בהם.

מוסדות אשפוז פסיכיאטריים – מדיניות משרד הבריאות מנחה כי לא יוקמו עוד מוסדות אשפוז פסיכיאטרים נפרדים, אלא המענה לביקוש יינתן במסגרת קמפוסים משולבים (ראו פרק 6). בנוסף, בפגישות עם קובעי מדיניות עלה כי צפוי שמשך האשפוז הפסיכיאטרי הממוצע יתקצר, האשפוז הפסיכיאטרי יתאפיין בעתיד בבניה אינטנסיבית ועליה לגובה וכי אין שוני בין דרישות הקרקע עבור האשפוז הפסיכיאטרי ועבור האשפוז הכללי. הקצאת הקרקע עבור האשפוז הפסיכיאטרי בעתיד תתגלם, עם כן, במסגרת תכנון צריכת הקרקע במוסדות אשפוז משולבים.

ב. שטחי קרקע למיטה במוסדות אשפוז משולב – ניתוח מוסדות קיימים

פתוח ניצול הקרקע ושטחי בינוי קיימים ומתוכנים בבתי החולים הקיימים מתייחס לשטח הקמפוס, למספר המיטות הקיים (כולל סוגי אשפוז שונים, כאשר ישנם כאלו), למספר המיטות המתוכנן בתוכנית להרחבת בית החולים כאשר ישנה כזו והיחס בין מספר המיטות העתידי לשטח הקרקע.

ניתוח צריכת הקרקע בכלל בתי החולים הגדולים הציג טווח של 120-140 מ"ר למיטת אשפוז כטווח המאזן בין ניצול מיטבי של הקרקע ובין רווחת המאושפזים והצוות. בטבלאות ניתן למצוא בתי החולים המצויים מתחת לטווח זה – ואשר פיתוח נוסף שלהם מחייב בחינת אפשרויות לתוספת שטח, קרקע ולהגברת אינטנסיביות הבניה או ע"י הצמדת מוסדות ופיתוח קמפוס מבוזר[61]. כמו כן מסומנים בטבלאות בתי החולים המצויים מעל לטווח - ואשר יש בהם קיבולת פיתוח נוספת לקליטת הביקושים לאשפוז.

מחוזות צפון וחיפה:

מוסד האשפוז	שטח הקמפוס	מספר המיטות קיים	מס' מיטות מתוכננות בתכנית ביה"ח	מספר מיטות מתוכננות בתמ"א 49	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית ביה"ח	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית תמ"א 49
רמב"ם	106	970	970	1085	109	98
זיו	131	331	692	1050	189	125
הגליל + מזור	205	724	1650	1650	124	124
העמק	280	529	1400	1400	200	200
פוריה	170	320	800	1262	213	135
הלל יפה	210	514	1900	1250	111	168
גלעם (בגין)	300	-	2200	1830	136	164
הכרמל	42	489	500	500	84	84
כרמיאל	מוצע: 150	-	-	950	-	158

אופציה להרחבה מעבר ליעד תמ"א 49

אופציה להרחבה מעבר ליעד תכנית מאושרת/בהכנה

שטח קטן מהנדרש

כפי שניתן לראות במחוזות הצפוניים (מחוז חיפה ומחוז הצפון) קיימים פערים משמעותיים בין בתי החולים – החל בבית החולים הכרמל הנתחם בקמפוס בשטח 42 דונם –המגלם 84 מ"ר שטח

[61] בהתאם להמשך פיתוח מדיניות משרד הבריאות.

הקרקע למיטת אשפוז, ועד לביה"ח העמק המשתרע על קמפוס בשטח 280 דונם ואשר – לאחר הרחבתו המתוכננת - יגיע ל לכ- 200 מ"ר למיטת אשפוז. בתווך בולט ביה"ח רמב"ם – בית חולים על, גדול ומתרחב – הממוקם בסביבה עירונית צפופה המתוכנן כיום לפי מדד של 98 מ"ר קרקע למיטת אשפוז.

בתי החולים החדשים המוצעים (מרכז רפואי ע"ש בגין (צומת גלעם, קריית אתא) במחוז חיפה ובית חולים חדש בכרמיאל (במחוז צפון) יגלמו שטח קרקע למיטה (164 מ"ר למיטה ו- 147 מ"ר למיטה בהתאמה) רצוי ויאפשרו בעתיד הרחוק יותר, מעבר לטווח התכנית, אופציה להרחבה.

מחוזות מרכז ותל אביב:

מוסד האשפוז	שטח הקמפוס	מספר המיטות קיים	מס' מיטות מתוכננות בתכנית ביה"ח	מספר מיטות מתוכננות בתמ"א 49	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית ביה"ח	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית תמ"א 49
שיבא	600	1551	3695	3695	162	162
וולפסון	110	683	683	1120	161	98
סוראסקי	70	1161	1161	1161	60	60
אסף הרופא	450	900	2400	2400	188	188
קפלן	166	554	1470	1470	113	113
רבין-בילינסון + גהה, שניידר	208	1238	1238	2100	168	99
מאיר	189	778	778	1300	243	145
רבין השרון	38	241	241	390	158	97
לניאדו	41	359	359	450	114	91
מודיעין	מוצע: 150	-	-	1500	-	100
מזרח נתניה	מוצע: 100	-	-	1200	-	83

אופציה להרחבה מעבר ליעד תמ"א 49
אופציה להרחבה מעבר ליעד תכנית מאושרת/בהכנה
שטח קטן מהנדרש

במחוזות מרכז הארץ (מחוז תל אביב ומחוזות המרכז) קיים טווח שונות – בין המרכז הרפואי סוראסקי, אשר הקמפוס שלו תחום בעיבורה של תל אביב ובין בית החולים מאיר ואסף הרופא. למרבית בתי החולים באזור המרכז מקודמות תוכניות– אשר מאפשרות הרחבה נוספת. למרבית בתי חולים אלו תמ"א 49 מציעה הרחבה נוספת כך שניתן יהיה להגיע למדד רצוי של שטח קרקע למיטה.

מהניתוח במוסדות האשפוז במחוזות המרכז עולה כי בבתי החולים שיבא, אסף הרופא ומאיר יש קיבולת להרחבת היצע האשפוז מעבר ליעדי תמ"א 49. תידרש הרחבת שטחו של המרכז הרפואי תל אביב (סוראסקי) על מנת לאפשר לו להגדיל את היצע האשפוז שלו.

בבתי החולים המשולבים החדשים המוצעים במסגרת תמ"א 49, במודיעין ובמזרח נתניה, קיימת אופציה להרחבה עתידית מעבר ליעדים שהציבה התמ"א.

מחוז ירושלים:

מוסד האשפוז	שטח הקמפוס	מספר המיטות קיים	מס' מיטות מתוכננות בתכנית ביה"ח	מספר מיטות מתוכננות בתמ"א 49	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית ביה"ח	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית תמ"א 49
הדסה עין כרם	400	718	2400	1530	167	261
הדסה הר הצופים	126	288	1300	1130	97	112
שערי צדק	83	868	868	1030	96	81
בית שמש	מוצע: 120	-	665	665	180	180



מניתוח צריכת הקרקע של בתי החולים הכלליים במחוז ירושלים עולה כי קיים טווח שונות רחב בין בתי החולים בשטח קרקע למיטת אשפוז. ביה"ח שערי צדק סובל ממחסור בקרקע בבי"ח אשר מקשה על התרחבותו תידרש תוספת שטח לפיתוח היצע האשפוז. לביה"ח הדסה עין כרם אפשרות הרחבה נוספת מעבר להגדלה המתוכננת בו.

בביה"ח המשולב המוצע בבית שמש תהיה אפשרות הרחבה עתידית מעבר ליעדי תמ"א 49.

מחוז דרום:

תמ"א 49 - ניתוח שטח קרקע למיטת אשפוז לבתי חולים קיימים ומתוכננים						
מוסד האשפוז	שטח הקמפוס	מספר המיטות קיים	מס' מיטות מתוכננות בתכנית ביה"ח	מספר מיטות מתוכננות בתמ"א 49	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית ביה"ח	שטח קרקע למיטה (במ"ר) תכנית תמ"א 49
ברזילי	271	567	1300	1400	208	194
אסותא אשדוד	103	300	650	800	158	129
פרס	300	0	-	2120	-	142
סורוקה	286	1151	1151	1600	248	179
קרית גת	מוצע: 150	-	-	1130	-	133

אופציה להרחבה מעבר ליעד תמ"א 49
אופציה להרחבה מעבר ליעד תכנית מאושרת/בהכנה
שטח קטן מהנדרש

מניתוח צריכת הקרקע של בתי החולים הכלליים במחוז הדרום עולה כי בבתי החולים סורוקה וברזילי קיימת קיבולת לתוספת מיטות אשפוז, וכי בבית החולים אסותא אשדוד יש קיבולת לתוספת מתונה להיצע האשפוז. בבית החולים יוספטל שבאילת שטח הקרקע למיטה בה משמעותית מאשר בשאר בתי החולים בארץ – אולם נתון זה נובע ממספר המיטות ולא מגודל המגרש, ולפיכך קיבולת הגידול של בית החולים מתונה. בנוסף, פיתוח בית החולים יוספטל מוגבל בשל מיקומו וגודל האוכלוסייה החזוי שהוא ישרת.

בבתי החולים המשולבים המוצעים פרס וקרית גת ניתנת האפשרות להרחבה עתידית מעבר ליעדי התמ"א.

ג. ניתוח צריכת הקרקע של מרכזי אשפוז לגיל השלישי (מר"גים)

במר"גים נכרת שונות גדולה בשטחי המוסדות ובמספר המיטות בתחומן הנובעת מהתפתחותם ההיסטורית ומיקומם – חלקם (בית רבקה, דורות, פלימן) ממוקמים בסביבות עירוניות על מגרשים קטנים יחסית, ואילו חלקם ממוקמים בקמפוסים נרחבים בסביבה כפרית (שוהם ושמואל הרופא). בחינת גודל מרכזי אשפוז לגיל השלישי העלתה כי מבחינה תפקודית וכלכלית לא רצוי להגדיל אותם מעבר לכ-600 מיטות. שיקול זה, ושיקול ביזורם של המר"גים לאור הרצון לתמיכה בהזדקנות בקהילה, משמעו שאפשרות הרחבת קיבולת האשפוז של בתי החולים הקיימים אינה תוספת משמעותית יחסית להיקף הביקושים החזויים.

מר"גים קיימים בישראל:

מוסד האישפוז	שטח הקמפוס (בדונם)	מספר מיטות מתוכנן ע"פ תמ"א 49	שטח קרקע (ברוטו) למיטה (במ"ר)
פלימן	18	200	90
שוהם*	336	650	516
דורות	61	650	94
בית רבקה	21	350	60
הרצפלד	66	550	120
הרצוג	56	500	112

* שוהם – ביה"ח נמצא על חלק מהמגרש, פוטנציאל גידול גבוה

מניתוח צריכת הקרקע עולה כי לאחר הרחבתם, בתי החולים פלימן, דורות ובית רבקה מגיעים למיצוי יכולת התפתחות במסגרת שטחי הקרקע הקיימים והגדלתם מעבר למוצע תאלץ את הרחבת שטחם. בתי החולים הרצפלד והרצוג עתידיים לעבור הרחבה משמעותית במסגרת שטח הקרקע הקיים ברשותם. ביה"ח שוהם אשר נמצא בפרדס חנה, עתודות קרקע משמעותיות, אולם הגדלתו המוצעת במסגרת תמ"א 49 – 650 מיטות אשפוז – קרוב לסף העליון של פיתוח מר"ג. ניתן להקים בשטח בית החולים זה מוסד אשפוז נוסף, בעדיפות למוסד אשפוז שיקומי.

ד. גודל מוסדות רפואה בהיבטי ניהול ותפעול ורמת השירות

שאלת גודלו הרצוי של בית החולים היא סוגיה מורכבת ביותר ותלוית הקשר, הספרות בתחום איננה חד משמעית לגביה.[62] השאלה המרכזית אשר נשאלת בדרך כלל במחקרים בתחום זה היא, באיזה שלב חל מיצוי של היתרונות לגודל של בית החולים, כך שמנקודה מסוימת, הנמדדת בדרך כלל על ידי מספר מיטות האשפוז, יגרום גודלו של בית החולים לקשיי ניהול, לחוסר יעילות, לגירעון כלכלי ואף לפגיעה בבטיחות ובאיכות הטיפול. לעומת זאת נמצא כי יש יתרון משמעותי למרכזים גדולים בשל היתרונות המובנים לגודל ולאפשרויות שהוא מקנה מבחינת התמחויות, קידום מחקר, שילוב עם אקדמיה ועוד. מחד, ניתן לטעון כי ככל שבית החולים גדול יותר, כך סביר יותר שיצליח לעמוד בהוצאות הכספיות בגלל היתרונות לגודל בשימוש בכוח האדם, התשתיות והציוד. אולם הדבר אינו נכון בהכרח, שכן המציאות מלמדת כי לאור מודל ההתחשבנות הקיים במערכת הבריאות גם בית חולים גדול עלול לסבול מגירעונות. כל שכן, בית חולים קטן, מכיוון שהמחיר הקבוע של האדמיניסטרציה והתשתיות שלו מחולקים על פני מספר קטן מדי של מקרים הנמצאים בטיפולו.

הספרות העולמית איננה מספקת תשובות חד משמעיות לשאלת גודלו הרצוי של בית החולים, והשיח בשנים האחרונות מתמקד בטווח אופטימאלי. טווח מיטות האשפוז הרצוי עשוי להשתנות

[62] הכוונה היא בעיקר לבתי חולים כלליים, אם כי השאלה תקפה גם לסוגים אחרים של מוסדות אשפוז.

בהתאם להנחות התיאורטיות והמתודולוגיות של המודלים השונים.[63,64,65] על רקע מיעוט המחקרים בנושא בישראל, קשה להצביע על מסקנה גורפת וחד משמעית בנוגע לבתי החולים בארץ, ונראה כי גם המומחים בארץ אינם תמימי דעים בנושא. עם זאת, הסכמה יחסית רחבה בקרב המומחים בישראל ניתן למצוא לגבי הסף המינימלי של מספר מיטות האשפוז הרצוי לבית חולים כללי. על רקע הקשיים שחווה בית החולים אסותא אשדוד, נראה שהתגבשה הסכמה כי במודל הנוכחי, בית חולים של 350 מיטות מייצר גרעון כלכלי מובנה. לאור זאת ולאחר מספר דיונים עם מומחים בתחום המנהל הרפואי, נראה כי על מנת לקבוע מה הגודל האופטימלי של בית החולים, עדיף לעסוק במונחים של טווח ולא לנקוב במספר מדויק, זאת בהתאם לצרכים גיאוגרפים, מבנה בית החולים, פרופיל המטופלים ועוד.

ממצאים פרי עבודתם של חוקרים ממרכז טאוב למדיניות חברתית מצביעים על טווח אופטימלי של בין 300 ל- 800 מיטות עבור בית חולים כללי. לפי עבודה זו, בתי חולים הגדולים בישראל (משיבא ועד שערי צדק), הם "גדולים מדי" ובתי החולים הקטנים יחסית כמו יוספטל הם "קטנים מדי".[66] לעומת זאת, יש הסבורים כי הטווח הראוי לבית חולים כללי הינו בין 500-600 עד 1,000-1,100 מיטות אשפוז, כאשר מתחת או מעל למספר מיטות האשפוז הנ"ל, ביה"ח לרוב לא יכול להתנהל ביעילות, ולא יצליח לכסות את הוצאותיו. עמדה זו עולה בקנה אחד עם מחקר המראה כי שביעות הרצון של המטופלים יורדת ככל שבית החולים גדול יותר (מעל 1,100 מיטות אשפוז). בישראל קיימים מספר בתי חולים קטנים, אשר מספר מיטות האשפוז שלהם נמוך מהסף המינימלי המצוין לעיל. בהתאם לכך, לפי עמדה זו, רצוי למפות את בתי החולים הללו, ולנסות להעמידם על 500-600 מיטות לכל הפחות. מאידך, לפי עמדה אחרת, אמנם קיימת בעיה בנוגע לבתי חולים קטנים בהיקף שצוין, אך בניהול נכון (למשל חלוקה לתתי בתי חולים עם ניהול נכון משולב) ניתן להגדיל את מספר מיטות האשפוז גם עד 1,800 מיטות אשפוז מבלי שתפקוד בית החולים או מצבו הכלכלי ייפגעו.[67]

בדיון זה עולה השאלה גם לגבי אשכול בתי חולים. כאשר הכוונה היא לאיחוד מספר בתי חולים ליחידות משותפות על ידי יצירת מקבצים או קמפוסים, לשם ייעול וחסכון במשאבים במערכת ושיפור איכות הטיפול. לאשכול בתי חולים יתרונות רבים, לרבות קיצור התורים לאשפוז, שיפור השירות למבוטחים, שמירה על רצף הטיפול והמשכיותו, שימוש יעיל יותר במיטות אשפוז, שיפור יחסי העבודה בבתי החולים וניצול יעיל יותר של תשתיות פיסיות וכוח אדם מקצועי בתוך קמפוס בית החולים. יצירת אשכולות אף עשויה להביא לחיזוק מקצועי של בתי חולים קטנים. אולם גם כאן התמונה אינה חד משמעית, שכן לצד יתרונות האשכול, ניתן למנות גם חסרונות, בהם ניהול לא יעיל, חוסר אחידות ואיבוד שליטה על הנעשה ביחידות השונות.

---

[63] J. Posnett. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care, BMJ 319 (1999).

[64] T. Kristensen et al. Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals Health Economics Papers 2008. University of Southern Denmark.

[65] MS. Gaynor et al. Analysis of hospital production: an output index approach. J. Appl. Econ. 30 (2015): 398–421.

[66] ד. צ'רניחובסקי ו-ר. כפיר, מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב, מרכז טאוב, 2019.

[67] סיכום ישיבה - צוות תכנון תמ"א 49 עם פורום מומחים מאוני' בן גוריון בנגב, [זום] מיום 11.10.2020.

לסיכום, ישנם גורמים רבים המשפיעים על שאלת טווח מיטות אשפוז רצוי למוסדות רפואה. מחקרים רבים בעולם לא הצליחו להגדיר מהו הגודל האופטימלי של בית החולים שיענה על דרישות של יעילות, בטיחות ואיכות טיפול, מניעת זיהומים ושביעות רצון המטופלים. אף על פי שגם בישראל אין תמימות דעים בנושא, ניתן להצביע על כמה נקודות קונצנזוס: ראשית, אין "מספר קסם" אחד של גודל בית חולים: בית חולים קטן מידי אינו יעיל, ומעבר לגודל של כ- 1,100 מיטות מתעצמים אתגרי ניהול המוסד הרפואי. בנוסף, בדומה לסוגיה של גודל אופטימלי של בית חולים, גם בסוגיית אשכול מוסדות רפואה אין ככל הנראה תשובה "נכונה" אחת, ויש צורך להתאים את הפתרונות לפי המיקום הגיאוגרפי, אופי המוסדות והצרכים של האוכלוסייה המקומית. חשוב לזכור כי בתי החולים הנוספים המתוכננים - בי"ח פרס בדרום ובי"ח בצומת גלעם בצפון עתידים לקום כקריה רפואית, אשר מעבר לבית החולים הכללי יכללו גם מיטות לבריאות הנפש, גריאטריה ושיקום, כמו גם נושאים של מחקר והכשרה. לכך יש השפעה על שאלת גודלו האופטימלי של המוסד הרפואי, תקציבו וכוח האדם הרצוי לו, אשר יש להביאה בחשבון, מעבר לסוגיית מספר מיטות האשפוז הכללי.[68]

ה. מאפיינים כלליים לעריכת אומדני שטח בנוי ושטח קרקע נדרש למוסדות אשפוז

תכנון הקצאת קרקע לתכנון בתי חולים ומוסדות בריאות נסמך על הערכת היקפי בינוי ואומדן שטחים הנדרשים למוסדות חדשים - אשר נגזרים מעיקרי הפונקציות הנדרשות בהם. הערכת הבינוי והשטח הנדרשים משמשת גם להערכת היכולת לפתח את הקמפוסים של מוסדות אשפוז קיימים, ולהבין את היכולת לנצל באופן מיטבי את השטחים המוקצים כיום למוסדות האשפוז.

בתי החולים בארץ ובעולם מצויים בעיצומו של תהליך השתנות מואץ ורב-פנים, שבא לידי ביטוי הן בהגדרת תפקידם כלפי פנים – השירותים הרפואיים המורכבים, קידום מחקר רפואי ומצוינות בענפי הרפואה, פיתוח התמחויות ומיומנויות חדשות שהם מספקים לבאים בשעריהם, פיתוח פונקציות נוספות שהינן משלימות לשירותים הרפואיים, חינוך וקידום דור ההמשך במקצועות הרפואיים והפרא-רפואיים, והן בהגדרת תפקידם כלפי חוץ – אופי היחסים המשתנים והמגוונים עם הקהילות הסובבות אותם, שירותים רפואיים תומכים למערכות קהילתיות, האחריות לשיפור מדדי הבריאות של אוכלוסיות בסביבתם הקרובה והרחוקה, כמו גם תפיסת התרומה והמעורבות הקהילתית שלהם בקרב מגוון האוכלוסיות המשורתות על ידם והנמצאות בקרבתם.

כבר כיום ניכרת מגמה של הרחבת השירותים הרפואיים שניתנים בבתי החולים ופיתוח פונקציות מעטפת אשר תומכות ביכולתם לתת מענה לדרישות. בתי החולים הופכים למערכות מורכבות של "מרכזים רפואיים" המתפרסים על פני קמפוסים נרחבים ועתירי שטח שכוללים מספר סוגים של בתי חולים, פונקציות של מכונים מתמחים, אשפוז יום, מעבדות, מוסדות מחקר (כולל מחקר קליני), מרפאות חוץ, שלוחות אוניברסיטאיות ובתי ספר למקצועות הרפואה וכו'. במקביל, מתפתחים שירותים של מגורים ומלונאות עבור סגל בית החולים, הסטודנטים, המבקרים, המטופלים וחוקרים אורחים, גני ילדים לילדי הסגל, שירותי מסחר, לוגיסטיקה, מנהלה ועוד[69].

[68] להרחבה בנושא, ר' פרק 4.5 בסקירת המצב של תכנית המתאר הארצית למוסדות הבריאות בישראל (תמ"א 49): "הגודל הרצוי למוסדות רפואה בהיבטי ניהול ותפעול ורמת השירות".

[69] מתוך דמותו של בית החולים העתידי, מסמך מדיניות לתכנון מערכת הבריאות, תמ"א 49, דו"ח שלב ב'.

סוגי מוסדות הבריאות ובתי החולים מתאפיינים בשונות רבה: החל במרכז רפואי אחוד – במיקום אחד תחת הנהלה אחת (דוגמת בית החולים שיבא), עבור בדגם של מרכז רפואי משולב – מספר מוסדות במתחם אחד תחת הנהלה משותפת הנהנים ממערך תשתיות ושירותים משותף (דוגמת המרכז הרפואי רבין), דרך מרכז רפואי מבוזר – בה המבנים נמצאים במיקומים שונים תחת הנהלת גג המאפשרת אוטונומיה ניהולית לכל אחד מהמוסדות הנכללים בתוכה – טיפוס מוסדי אשר יכול להוות פתרון במרחב עירוני צפוף שאינו מאפשר מציאת מגרש לקמפוס גדול – ועד להשתלבות במערך הרפואי וברשת מוסדות הבריאות הקיימת במרחב – השתלבות במערך מוסדות רפואיים באזור ולתפקודם במערכת הכוללת יצירת רשת מוסדות החולקת תפקודים והתמחויות משלימות.

הערכת שטחי הקרקע מתייחסת לבניה במתחמי בריאות משולבים הכוללים אשפוז כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקומי ושירותים נלווים. אומדן שטחי הבנין ושטחי הקרקע נערך בחלוקה לשלושה טיפוסי מוסדות: מוסד אשפוז כללי גדול (קמפוס משולב) -בין 1,300 ל-2,200 מיטות סה"כ (כל סוגי האשפוז); מרכז בריאות בינוני בן 850 עד 1,300 מיטות סה"כ; ובית חולים מתמחה בגריאטריה. לא נערך אומדן לבתי חולים שיקומיים או פסיכיאטריים, כיון שמדיניות תמ"א 49 היא שמוסדות אלו יהוו חלק מקמפוסים משולבים ולא יוקמו כמוסדות חדשים עצמאיים.

פיתוח האומדנים מתבסס על:

פרוגרמות למוסדות בריאות העוברים תהליך תכנון מחדש - האומדנים מבוססים על ניתוח פרוגרמות מבניות למוסדות שונים ומציאת המשותף והמכליל.

הערכת מרכיבי בינוי ראשיים בהתאם לתפקוד ולסוג המוסד – דרישות למיטות אשפוז ושירותים רפואיים, אקדמיה, מו"פ והוראה, מגורים ושירותי סגל, מלונאות, משרדים, לוגיסטיקה, חניה ומנחת מסוקים.

הערכת בנייה לגובה – מקדמי החישוב של עוצמות בניה ומספר קומות ישתנו בהתאם לתנאים ולמגבלות.

הערכת ניצול שטחי קרקע – היקף שטח בנוי ואחוזי בנייה, תכסית, שטח פתוח מגונן, כבישים וחניה, מנחת.

ו. אומדן הבינוי ושטחי הקרקע למרכז בריאות גדול משולב

אשפוז ושירותים רפואיים:

בחישוב השטח למיטת אשפוז, לסוגיו השונים, נלקחים בחשבון השירותים הכלל-מוסדיים התומכים את מערכת האשפוז: מרכז לרפואה דחופה, חדרי ניתוח, מכונים ומעבדות, שירותים רפואיים ופארה-רפואיים, מרחבי לימוד למטופלים (אשפוז ילדים), בית מרקחת. נוספים עליהם גם מרפאות חוץ ומרחב בנוי לאשפוז יום. כלומר: השטח המחושב למיטת אשפוז מגלם בתוכו את חלקה היחסי בצריכת השירותים הכלל מוסדיים.

כיון שנדרשות פונקציות כלל-מוסדיות שונות לסוגי האשפוז השונים, שטח הבינוי הנדרש (במ"ר) למיטה משתנה בין סוגי האשפוז השונים. בטבלה שלהלן מוצג חישוב כלל השטח הבנוי הנדרש לשירותים רפואיים במרכז בריאות גדול משולב, בהתבסס על אומדן המיטות הנדרש לסוגי האשפוז השונים בו:

התמחויות	מספר מיטות	חישוב מ"ר מבונה ברוטו חלקי למיטה
אשפוז כללי	**950-1,400**	**180 מ"ר**
אשפוז גריאטרי	**200-450**	**150 מ"ר**
אשפוז שיקומי	**100-200**	**150 מ"ר**
אשפוז בריאות הנפש	**100-150**	**130 מ"ר**
סה"כ	**1,350-2,200**	**130-180 מ"ר**

בסך הכל, נדרשים 229,000 עד 369,000 מ"ר מבונים לשירותים הרפואיים ולאשפוז במסגרת מוסד בריאות גדול משולב.

מחקר ופיתוח, אקדמיה והוראה:

אחד ממדדי ההצלחה של המרכזים הרפואיים הוא ערוץ המחקר והפיתוח, בו מושקעים משאבים ניכרים, הן כמנוע פיתוח של בית החולים והן כמקור למיצובו בחזית העשייה המחקרית והקלינית בארץ ובעולם. מוקדי חדשנות מחקר ופיתוח מהווים אבן שואבת לכוח אדם איכותי לאורך זמן. לפיכך נדרש להצלחתו של מוסד האשפוז פיתוח של תשתיות פיזיות למחקר – שטחים למעבדות, חללי עבודה לחוקרים ולצוותים רב תחומיים, מרכזי כנסים, אולמות וחדרי הרצאות, וחממה טכנולוגית לחברות הזנק אשר תאפשר שיתופי פעולה של המחקר הרפואי והתעשיה הרפואית על בסיס כלכלי.

בנוסף, על מנת לתמוך בהוראה ובהכשרה המקצועית הרפואית מומלץ למקם (כפי שנעשה בבתי חולים קיימים כיום ובתוכניות לפיתוח בתי חולים) במסגרת הקמפוס של המרכז הרפואי מוסדות חינוך כגון בי"ס לאחיות, מכללה למקצועות פרה-רפואיים או שלוחה אקדמית למקצועות הבריאות והמדעים.

בסה"כ, מוערך כי לצורך מחקר והוראה ידרשו 30,000 עד 40,000 מ"ר מבונה. שטחים אלו ניתן למקם בקומות הגבוהות של מבנים, בהן לא ניתן למקם מחלקות אשפוז.

מגורי סגל ושרותי סגל:

הקמפוסים הרפואיים הופכים להיות "מוקדי תעסוקה" עתירי שטח, מרובי עובדים הכוללים מאות רבות ואף אלפי עובדים עם מגוון התמחויות רחב. עבור אוכלוסייה זו המרכז הרפואי הינו מקום עבודה ושהייה בו הם מבלים את מרבית זמנם ומשקיעים את מיטב מאמציהם לקידום מטרותיו במוסדות רבים קיימים כבר היום ובעתיד יתווספו בקמפוסים נוספים פונקציות ייעודיות לשירות העובדים כגון: מגורים מיוחדים לצוות, מגורים למתמחים ולסטאז'רים, שירותי חינוך לגיל הרך,

מלוניות לאורחים ומלווים. בהתאם לכך יש חשיבות גבוהה לפיתוח מגוון שירותים רחב לתמיכה באיכות החיים והסביבה הבריאה בקמפוס בכללותו, מתן מענה לשירותים נדרשים לקהילת העובדים והמבקרים.[70]

בסך הכל מוערך כי ידרשו 15,000 עד 25,000 מ"ר מבונה לשרות העובדים.

מלונאות, משרדים וחנויות נוחות:

השינוי בתפקידם ובאופיים של המרכזים הרפואיים ותפיסתם כמקומות בעלי חשיבות אזרחית, המסוגלים לתרום תרומה חיובית לעיר ולאזור בו הם נמצאים, מזמין תפיסות תכנוניות המתייחסות למרכז הרפואי כמוקד שהינו חלק בלתי נפרד מהרקמה העירונית ומשולב בה לחלוטין – פיזית ופרוגרמתית. על תכניות עתידיות לבתי חולים לבחון את ההקשר בו בית החולים העתידי מתוכנן להיות ממוקם ולזהות שימושים אשר יתמכו בו ויוכלו לבוא עמו במגוון קשרים ושיתופי פעולה. שילוב שימושים ויצירת "רחובות" עם פונקציות מסחריות, הסעדה, משרדים וכו' לרווחת המאושפזים, לשימוש עובדי ומבקרי בית החולים וכן לשימוש התושבים בשכונות הסמוכות. בנוסף, מבני מלונאות רפואית (החלמה, יולדות, מלווים ומשפחות) משפרים את רווחת המטופל ומהווים חלק מפיתוחו של בית החולים העתידי.

שרות	אומדן שטח בנוי נדרש (מ"ר)
מלונאות (החלמה, יולדות, מלווים ומשפחות)	4,000 מ"ר
משרדים	3,000 מ"ר
חנויות נוחות ורווחה	3,000 מ"ר
סה"כ	8,000-10,000 מ"ר

שירותים לוגיסטיים והנדסיים:

לתפעולו של מרכז רפואי גדול נדרשים שירותים הנדסיים: חדרי מכונות, מרכזי אנרגיה, כור גרעיני וכן שירותים לוגיסטיים כלל מוסדיים: שרותי כביסה, מחסני ציוד רפואי, יחידת מחשב, אספקה סטרילית מרכזית, משק, אספקה ואחזקה, מטבח מרכזי, קירור ואחסנה. שירותים אלו דורשים הן מבנים מרכזיים והן מעברים בנויים (מסדרונות ומנהרות).

בסה"כ מוערך הצורך בשטחים בנויים עבור שירותים לוגיסטיים והנדסיים ב-40,000 ועד 60,000 מ"ר עבור מוסד רפואי משולב גדול.

חניה ומנחת מסוקים:

על פי תכניות פיקוד העורף לשעת חירום נדרשים כל בתי החולים הציבוריים לכלול מנחת מסוקים מתפקד שניתן להנחית בו מסוקי יסעור – בשטח 4 דונם. בבתי החולים נדרש שטח למעבר, חניית ועצירת רכבי חירום. בנוסף, גם עם הסתמכות על מערכות הסעת המונים, נדרשים שטחים בנויים בתת הקרקע לחניונים לטובת החולים (אשפוז יום ומרפאות חוץ), הסגל והמבקרים.

[70] דמותו של בית החולים העתידית, מסמך מדיניות, תמ"א 49 דו"ח שלב ב'.

סך שטחים מבונים במרכז רפואי משולב ושטח קרקע נדרש

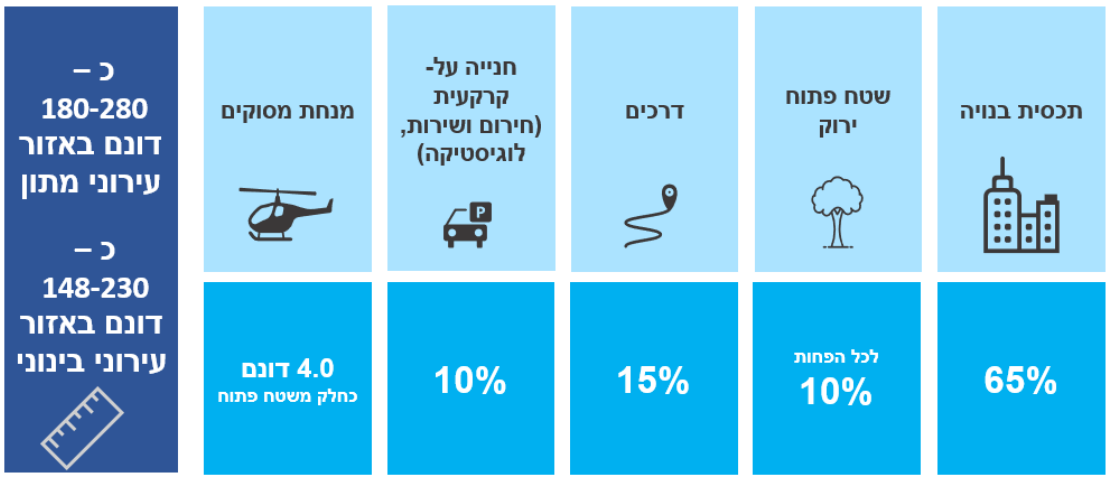
סכימת דרישות השטח המבונה לפונקציות ולשירותים הרפואיים שתוארו לעיל, מעלה כי למרכז רפואי גדול (1,350 ועד 2,200 מיטות) ידרשו בסך הכל בין 324,000 ל-500,000 מ"ר שטחים בנויים.



שטח הקרקע הנדרשת לבניית שטחים אלו תלוי בעוצמות הבניה – הן התכסית והן גובה הבניה:

עוצמת בניה לפי 150% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה 8-10 קומות	247 – 383 דונם	בניה באזור חצי עירוני
עוצמת בניה לפי 200% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה גבוהה 12 קומות	185 – 287 דונם	בניה באזור עירוני מתון
עוצמת בניה לפי 250% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה גבוהה 15-18 קומות	148 – 230 - דונם	בניה באזור עירוני בינוני עד רווי
עוצמת בניה לפי 300% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה גבוהה 20-25 קומות ויותר	130 – 200 - דונם	בניה באזור עירוני אינטנסיבי גבוה

לשטחים אלו יש להוסיף שטחים הנדרשים לדרכים, לחניה לצרכי חירום ושרות, לשטחים פתוחים, ולמנחת מסוקים:



ז. אומדן הבינוי ושטחי הקרקע למרכז רפואה משולב בינוני:

אשפוז ושירותים רפואיים:

בחישוב השטח למיטת אשפוז נלקחים בחשבון אותם שירותים כלל-מוסדיים שנסקרו עבור מרכז רפואה גדול: מרכז לרפואה דחופה, חדרי ניתוח, מכונים ומעבדות, שירותים רפואיים ופארה-רפואיים, מרחבי לימוד למטופלים (אשפוז ילדים), בית מרקחת. נוספים עליהם גם מרפאות חוץ ומרחב בנוי לאשפוז יום. מרכז רפואה בינוני מהווה גם הוא מרכז משולב, הכולל סוגי אשפוז שונים – אם כי במינונים נמוכים מאשר במרכז רפואי גדול. שטח הבינוי הנדרש (במ"ר) למיטה משתנה בין סוגי האשפוז השונים. בטבלה X שלהלן מוצג חישוב כלל השטח הבנוי הנדרש לשירותים רפואיים בהתבסס על אומדן המיטות הנדרש לסוגי האשפוז השונים בו:

התמחויות	מספר מיטות	חישוב מ"ר מבונה ברוטו חלקי למיטה
אשפוז כללי	500-800	180 מ"ר
אשפוז גריאטרי	200-300	150 מ"ר
אשפוז שיקומי	100-150	150 מ"ר
אשפוז בריאות הנפש	50-100	130 מ"ר
סה"כ	850-1,350	130-180 מ"ר

בסך הכל יידרשו 141,000-224,000 מ"ר שטחים בנויים עבור שרותים רפואיים ושרותי אישפוז.

סך שטחים מבונים במרכז רפואי בינוני ושטח קרקע נדרש

הפונקציות והשרותים שמציע מרכז רפואי בהיקף בינוני מתחלקים לאותן קבוצות במרכז רפואי משולב גדול, אולם היקפם ומגוון ההיצע מצומצם יותר (בחלקם – דוגמת מו"פ – מצומצמים בהרבה, ואילו שרותים לוגיסטיים והנדסיים שהדרישה עבורם דומה בכל מוסדות האישפוז,

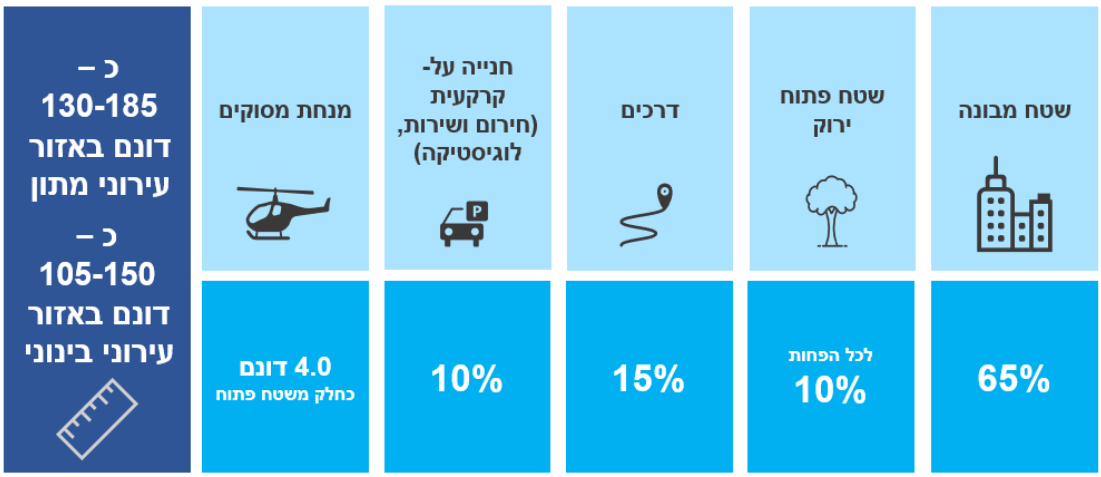
מצומצמים במקצת). בדרך חישוב דומה, עולה כי למרכז רפואי בינוני משולב (880-1,350 מיטות אישפוז) יידרשו בסך הכל 200,000 עד 295,000 מ"ר שטחים מבונים:



שטח הקרקע הנדרש עבור השטחים המבונים תלוי בעוצמות הבניה:

עוצמת בניה לפי 150% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה 6-8 קומות	175 - 250 דונם	בניה באזור חצי עירוני
עוצמת בניה לפי 200% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה 8-10 קומות	130 – 185 דונם	בניה באזור עירוני מתון
עוצמת בניה לפי 250% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה 12-15קומות	105 - 150 - דונם	בניה באזור עירוני בינוני
עוצמת בניה לפי 300% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה 20 קומות ויותר	90 - 130 - דונם	בניה באזור עירוני אינטנסיבי

לשטחים אלו יש להוסיף שטחים הנדרשים לדרכים, לחניה לצרכי חירום ושרות, לשטחים פתוחים, ולמנחת מסוקים:



ח. אומדן בינוי ושטחי הקרקע למרכז רפואי בהתמחות גריאטרית – מר"ג

אשפוז ושירותים רפואיים:

בחישוב השטח למיטת אשפוז נלקחים בחשבון שירותים כלל-מוסדיים הנדרשים במוסד רפואה המתמחה בגריאטריה: אשפוז יום, חדרי ניתוח, מכונים ומעבדות, בית מרקחת, שירותים רפואיים ופארה-רפואיים, ומרכז שיקום ופיזיותרפיה (כולל בריכה שיקומית).

כיון שהיקף השירותים הכלל מוסדיים מצומצם יותר מאשר במוסד רפואי משולב (גדול או בינוני), השטח הנדרש לשרותים רפואיים לכל מיטת אישפוז מוערך ב-120 מ"ר (על פי פרוגרמות למוסדות קיימים ומתוכננים).

בסך הכל יהיה טווח השטחים הנדרשים לשרותים רפואיים:

למוסד בן 300 מיטות (סף תחתון של מוסד רפואי לגריאטריה): 36,000 מ"ר שטחים בנויים.

למוסד בן 600 מיטות (סף עליון של מוסד רפואי לגריאטריה): 72,000 מ"ר שטחים מבונים.

סך שטחים מבונים במרכז רפואי לגריאטריה ושטח הקרקע הנדרש

השיקולים העומדים בבסיס פיתוח הפונקציות והשרותים שמציע מרכז רפואי לגריאטריה דומים לאלו של מוסדות רפואה משולבים (של כלל סוגי האשפוז) – אולם הם מצומצמים יותר, ורלבנטיים להתמחות ברפואה גריאטרית:

הקשר למחקר ולהוראה חיוני גם לפיתוח מוסדות מצוינות המתמחים בגריאטריה, אולם ההכשרה המקצועית מתמקדת בביה"ס למקצועות הסיעוד והפיסיותרפיה, ואילו המחקר מתמקד במעבדות מחקר קליני ושרותים תומכים (אולמות וחדרי הרצאות). מוערך כי השטחים הבנויים הנדרשים לצורך הכשרה מקצועית ומחקר ינועו בין 2,000 ל-3,000 מ"ר.

שרותים נלווים לרווחת המאושפזים, המבקרים והסגל - ולשילובו של המוסד בסביבה העירונית בה הוא מוקם - יכללו חנויות נוחות, הסעדה, מרכז תרבות וספורט ובית תפילה. מוערך כי השטחים הבנויים הנדרשים לשרותים אלו ינועו בין 1,500 ל-2,000 מ"ר מבונים.

השרותים ההנדסיים הנדרשים במוסד המתמחה בגריאטריה מצומצמים יותר מאשר במוסדות משולבים, ויכללו חדרי מכונות ומרכז אנרגיה. השרותים הלוגיסטיים יכללו אס"ם, אספקה ואחזקה, מטבח מרכזי כולל קרור ואחסנה, שרותי כביסה ומחסני ציוד רפואי. מוערך כי השטחים הנדרשים לשרותים אלו ינועו בין 8,000 ל-12,000 מ"ר מבונים.

סכימת השטחים הנדרשים לשרותים ולפונקציות השונים במוסד רפואי המתמחה בגריאטריה (300-600 מיטות אישפוז) היא בין 48,000 ועד 90,000 מ"ר שטחים מבונים:

אשפוז ושירותים רפואיים	הכשרה מקצועית ומחקר	מגורי סגל ושירותים חברתיים	לוגיסטיקה וחניה
36,000 – 72,000 מ"ר מבונה	2,000 – 3,000 מ"ר מבונה	1,500 – 2,000 מ"ר מבונה	8,000-12,000 מ"ר מבונה

כ - 48,000 – 90,000 מ"ר מבונה

שטח הקרקע הנדרש עבור השטחים המבונים (בדונמים) תלוי בעוצמות הבניה של השטחים המבונים – הן תכסית והן גובה המבנים:

בניה באזור חצי עירוני	32 - 59 דונם	עוצמת בניה לפי 150% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה של 6 קומות
בניה באזור עירוני	24 – 45 דונם	עוצמת בניה לפי 200% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה של 8-12 קומות
בניה באזור עירוני אינטנסיבי	19 - 36 דונם	עוצמת בניה לפי 250% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה של 12 קומות ויותר
בניה באזור עירוני אינטנסיבי ביותר	16 - 30 דונם	עוצמת בניה לפי 300% זכויות בניה למלוא המגרש כולל בניה של 18 קומות ויותר

לשטחים אלו יש להוסיף שטחים הנדרשים לדרכים, לחניה לצרכי חירום ושרות, ולשטחים מגוננים פתוחים.

כ - 24-45 דונם במרחב עירוני*

כ - 32-60 דונם במרחב חצי עירוני

עוצמות בנייה	שטח מבונה/תכסית	שטח פתוח ירוק	דרכים	חנייה על-קרקעית (חירום ושירות, לוגיסטיקה)
במרכז עירוני על קרקעי: 6-12 קומות תת-קרקע: 3- קומות	60%	20%	10%	10%
במרכז כפרי/אזורי על קרקעי: 4-6 קומות תת-קרקעי: 2- קומות				

* בבניה עירונית צפופה הכוללת אשפוז ופונקציות נוספות בבניה גבוהה (8 קומות ומעלה) ניתן לחסוך בשטחי קרקע

חלק רביעי - פיתוח בתי חולים: ייעול ניצול השטח במוסדות קיימים וחדשים

א. עקרונות מנחים למדיניות פיתוח בתי חולים

בתי החולים בארץ ובעולם גדלים והופכים מורכבים יותר. תהליך זה בא לידי ביטוי הן בהגדרת תפקידם כלפי פנים: גידול במורכבות השירותים הרפואיים פיתוח התמחויות ומיומנויות חדשות, ופיתוח פונקציות משלימות לשירותים הרפואיים - והן בהגדרת תפקידם כלפי חוץ: תוספת שירותים רפואיים תומכים לקהילה הסובבת[71]. כתוצאה, בתי החולים הופכים למערכות מורכבות של "מרכזים רפואיים משולבים" שכוללים מספר סוגים של בתי חולים, פונקציות של מכונים מתמחים, אשפוז יום, מעבדות, מוסדות מחקר (כולל מחקר קליני), מרפאות חוץ, שלוחות אוניברסיטאיות ובתי ספר למקצועות הרפואה וכו'. בית החולים העתידי הופך להיות מרכז תעסוקה משמעותי המעסיק מאות עובדים, המקרין על האזור ועל פתוח שירותים ותעסוקות מוטות רפואה במרחב הסובב.

מגמה זו קיבלה תיקוף בהחלטות שהתקבלו במשרד הבריאות ובוועדת ההיגוי לפיהן בתי החולים יפותחו כבתי חולים משולבים הכוללים מיטות כלליות, גריאטריות, פסיכיאטריות ושיקומיות. לצורך מימוש מלוא האפשרויות הפוטנציאליות בכל בתי החולים יש לשאוף לבתי חולים גדולים הכוללים כ- 1,000 מיטות אשפוז ומעלה בכל אחד מהמוסדות.

על בסיס העקרונות המנחים שתוארו כאן, ועל בסיס הניתוח הפרוגרמתי והאמפירי של היקפי הבינוי וצריכת הקרקע של מוסדות אשפוז שהוצגו בפרקים הקודמים, יוצג בפרק זה **הפיתוח המרחבי עבור החלופה הנבחרת (חלופה C) לתמונת העתיד של מערכת מוסדות האשפוז לשנת היעד והגדלת היצע האשפוז במסגרת בתי החולים הקיימים והחדשים.**

ב. חלופות פרישה מרחביות של מערכות בתי חולים - הנחות מוצא

חלופות הפרישה של מוסדות הרפואה (בתי חולים משולבים ובתי חולים מתמחים) שמוצגות בפרק המסכם את דו"ח שלב ג', מתבססות על הפרוגרמה הנבחרת שהוצגה בפרק השני לדו"ח זה. מהפרוגרמה עולים הפערים הצפויים בין היצע שרותי האשפוז הקיים כיום ובין הביקושים הצפויים לשרותי אשפוז בשנת היעד. הפרוגרמות פותחו "מלמעלה" – מתוך ראיה כלל ארצית. על בסיס יעדי הפיתוח האסטרטגי ופרישת האוכלוסייה בשנת היעד של ממשלת ישראל, נגזרו מהן פרוגרמות למחוזות השונים בהתאם להיקף האוכלוסייה ומאפייניה.

בפרק הקודם נבחנו, בכל מחוז ומחוז, מאפייני הבינוי, תוכניות הפיתוח ורמת ניצול שטח הקרקע של מוסדות האשפוז הקיימים. בחינה זו נסמכה על ניתוח הגודל הרצוי והיקפי בינוי נדרשים בהתייחס לפרוגרמות עתידיות של בתי חולים, ועל ניתוח כולל של צריכת הקרקע בפועל של מוסדות האשפוז בישראל.

פרישת מערכת מוסדות האשפוז ותוכניות הפיתוח למוסדות החדשים נועדה לשפר את רמת השרות ונגישות האוכלוסיות למערכת מוסדות האשפוז לסוגיהם, אשר עד היום היו בתת שרות וסבלו מנגישות נמוכה.

בפרישת מערכת מוסדות האשפוז ננקטו העקרונות הבאים:

[71] מתוך תמ"א 49, דו"ח מדיניות, 2020.

- **יישום דגם בתי חולים משולבים** כאשר בכל בית חולים כללי, קיים או חדש, יינתן מענה למגוון רחב של צרכים כולל אשפוז שיקומי, גריאטרי ופסיכיאטרי.
- **ניצול יתרון לגודל לבתי חולים משולבים - מתן עדיפות לריכוז שירותים רפואיים ושירותים נלווים במוסדות משולבים** : פיתוח מרכזי מצוינות, אקדמיה, הכשרה מקצועית, מתן אפשרויות לפיתוח התמחויות כולל מחקר, ניצול אפשרויות לאיגום משאבים.
- **עדיפות לפרישה תואמת אוכלוסייה בתכנון מוסדות אשפוז אקוטי לגיל השלישי** : התאמה לצרכי אוכלוסיות שונות, שיפור נגישות, בפרט למבקרים קשישים. השתלבות בסביבה עירונית ותרומה לקהילה ולכלכלה המקומית.
- **שילוב האשפוז הפסיכיאטרי בבתי חולים כלליים** : בהתאם למדיניות משרד הבריאות – הצמדת האשפוז הפסיכיאטרי לבתי חולים כלליים, שיפור השרות למאושפזים, מניעת סטיגמה, שיפור שרות בית החולים לכלל המטופלים.

בחלק המסכם של הדו"ח מוצגות ההצעות לפיתוח מוסדות אשפוז בחלוקה לאזורי הארץ. בכל אחד מהאזורים (מחוזות הצפון וחיפה, מחוזות המרכז ותל אביב, מחוז ירושלים ומחוז הדרום)מוצג סיכום חלופת הפרוגרמה הנבחרת, ולאחריו ניתוח שנערך לרמת השירות הקיימת ולרמת השירות החזויה לפריסת האוכלוסייה בשנת היעד בהתייחס למערכת מוסדות האשפוז הקיימים והמוצעים. בניתוח מוצגים ריכוזי האוכלוסייה החזויה לשנת 2050 בפריסה האזורית וקרבתם לסוגי מוסדות האשפוז השונים. בסקירה נכללו ניתוחים כגון ; אוכלוסייה צפויה ב 2050 ברדיוס של 5 ק"מ מכל נקודה במרחב, רמת שירות בכל מחוז במצב הקיים לפי סוגי האשפוז שונים, רדיוס שרות (15 ק"מ, קו אווירי) מבי"ח כללי ו 5 עד 10 ק"מ מבי"ח לגיל השלישי [מר"ג] ניתוח רמת שירות בהיקף מיטות ביחס לאוכלוסייה לשנת 2050 לכל בי"ח כללי ועוד.

שיטת העבודה:

על מנת לבצע ניתוח זה מופתה כמות האוכלוסייה הצפויה בכלל מדינת ישראל בשנת 2050 ברדיוס של 5 ק"מ מכל נקודה במרחב. הניתוח הניב "מפות חום" המראות את האינטנסיביות של פריסת האוכלוסייה במרחב:

- סביב כל נקודה במפה נמתח רדיוס של 5 ק"מ שסביבו חושבה האוכלוסייה (ע"פ ניפוח א.ס. בהתאם לתכנית האסטרטגית 2050*[72]).
- ככל שהצבעים יותר אדומים הם מייצגים אוכלוסייה רבה יותר.
- ככל שהצבעים יותר ירוקים כהים כך היקף האוכלוסייה נמוך יותר.
- ככל שכתם הצבע גדול יותר – כך ישנם יותר יישובים או אוכלוסייה במרחב גדול יותר.

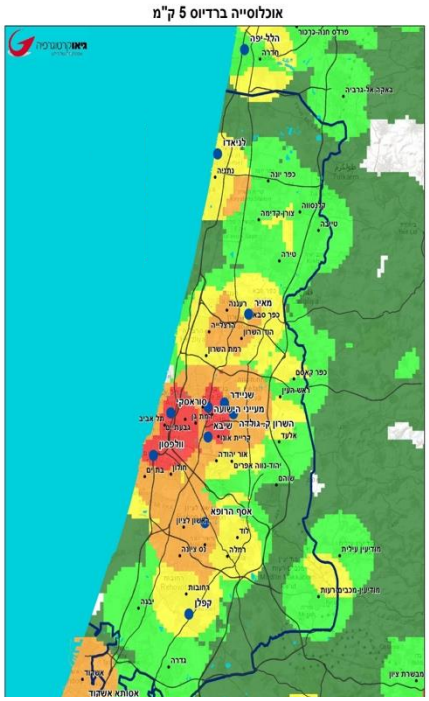
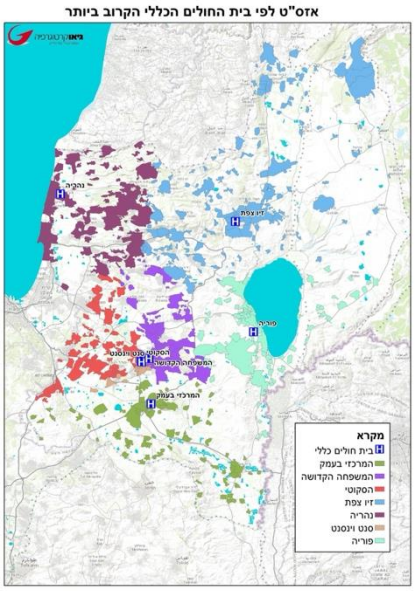


Figure 1 "מפת חום" המציגה את האוכלוסיה במחוז המרכז ובמחוז תל אביב

[72] * ניפוח האוכלוסייה בוצע התאמה ליעדי התוכנית האסטרטגית לנפות ולא לפי יישובים (כלומר ייתכן ויש ישובים שמקבלים ערכים גבוהים יותר לעומת מה שמתוכנן בפועל).

על בסיס מיפוי פריסת האוכלוסייה, ומיקומם של מוסדות האשפוז הקיימים, נערכה בחינת רמת השירות של מוסדות האשפוז, בהתבסס על שני פרמטרים מרכזיים:



1. **בחינת נגישות** (באמצעות רדיוס שירות) – כמה אוכלוסייה משורתת על ידי כל בית חולים קיימים ברדיוס של 5 ק"מ, 10 ק"מ, 15 ק"מ וכן הלאה. כמות החולים המשורתת חושבה על ידי שיוך של אוכלוסייה לבית החולים הקרוב ביותר[73]. בדוגמה הנראית כאן – כלל האזורים הירוקים שויכו לבית חולים העמק עפולה, שהינו בית החולים הקרוב ביותר אליהם.
2. **כמות המיטות ל-1,000 נפש** – כמה מיטות יש בבית החולים קיימים בהתחשב בכלל האוכלוסייה המשורתת על ידיו.

ניתוח זה מהווה כלי לבחינת החלופות לבחירת מיקומים למוסדות בריאות חדשים בפריסה כלל ארצית. פיתוח חלופות הפריסה המרחבית מוצג עבור כל אחד מהאזורים, כאשר החלופה המומלצת להרחבה של מוסדות קיימים והקמת מוסדות חדשים מתבססת על תוצאות הניתוח והערכה משותפת של רשויות התכנון, משרד הבריאות, הערכות מומחים וצוות התכנון.

ג. פיתוח מערכת מוסדות האשפוז מחוזות צפון וחיפה - פרוגרמה משולבת לכל סוגי האשפוז:

ביקושים חזויים לאשפוז במחוז צפון:

על בסיס חלופת הפרוגרמה הנבחרת (חלופת C) וניתוח תוכניות הפיתוח בשטחים הקיימים למוסדות אשפוז – במחוז הצפון נדרשות סה"כ 9,250 מיטות אשפוז לכלל סוגי האשפוז מהן 5,749 מיטות בבתי חולים קיימים כאשר רובן המכריע הינן מיטות לאשפוז כללי. בנוסף נדרשות 3,503 מיטות אשפוז בבתי חולים חדשים מהן 2,550 מיטות גריאטריות לטיפול אקוטי בבתי חולים לגיל השלישי [מר"גים] לפי החלוקה הבאה[74]:

[73] ניפוח האוכלוסייה בוצע התאמה ליעדי התוכנית האסטרטגית לנפות ולא לפי יישובים (כלומר ייתכן ויש ישובים שמקבלים ערכים גבוהים יותר לעומת מה שמתוכנן בפועל

[74] במיטות אשפוז

סוג אשפוז	היצע מיטות קיים	ביקוש צפוי למיטות אשפוז לשנת היעד	סה"כ מיטות מתוכננות בבתי החולים הקיימים	סה"כ מיטות בבתי חולים חדשים
כללי	**2,164**	**4,650**	**4,037**	**613**
גריאטרי	**45** (+152 במוסדות פרטיים שאינם נכללים בתכנית)	**3,130** (אקוטי בלבד)	**580**	**2,550**
שיקומי	**60**	**600**	**312**	**290**
פסיכיאטרי	**407**	**870**	**820**	**50**
סה"כ	**2,676**	**9,250**	**5,749**	**3,503**

ביקושים חזויים לאשפוז במחוז חיפה:

על בסיס חלופת הפרוגרמה הנבחרת (חלופת ביניים C) וניתוח תוכניות הפיתוח בשטחים הקיימים למוסדות אשפוז – עולה כי במחוז חיפה נדרשות סה"כ 7,770 מיטות אשפוז הכוללות אשפוז כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקומי, מהן 5507 מיטות בבתי חולים חדשים ו-2,277 מיטות אשפוז בתי חולים חדשים לפי החלוקה הבאה[75]:

סוג אשפוז	היצע מיטות קיים	ביקוש צפוי למיטות אשפוז לשנת היעד	סה"כ מיטות מתוכננות בבתי החולים הקיימים	תוספת מיטות נדרשת בבתי חולים חדשים
כללי	**2,372**	**3,550**	**2,558**	**992**
גריאטרי	**1,009**	**1,950** (אקוטי בלבד)	**1,400**	**750**
שיקומי	**95**	**280**	**549**	**185**
פסיכיאטרי	**888**	**1,350**	**1,000**	**350**
סה"כ	**4,589**	**7,770**	**5,507**	**2,277**

[75] במיטות אשפוז

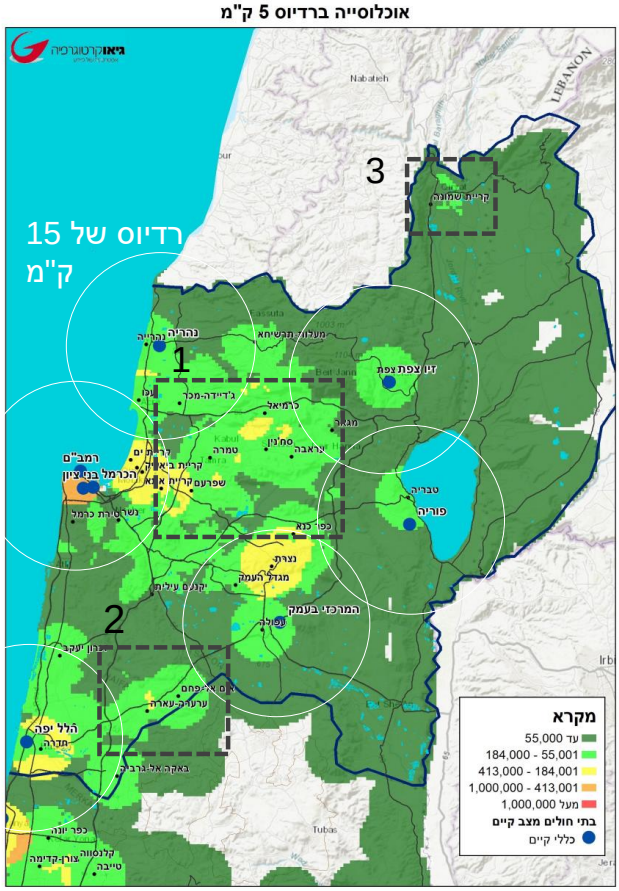
ניתוח רמת השירות של בתי החולים הכלליים הקיימים במחוזות חיפה והצפון:

במפה מוצגת פריסת האוכלוסייה החזויה לשנת היעד במחוזות חיפה והצפון, ומסומן טווח השירות (15 ק"מ) של בתי החולים הקיימים.

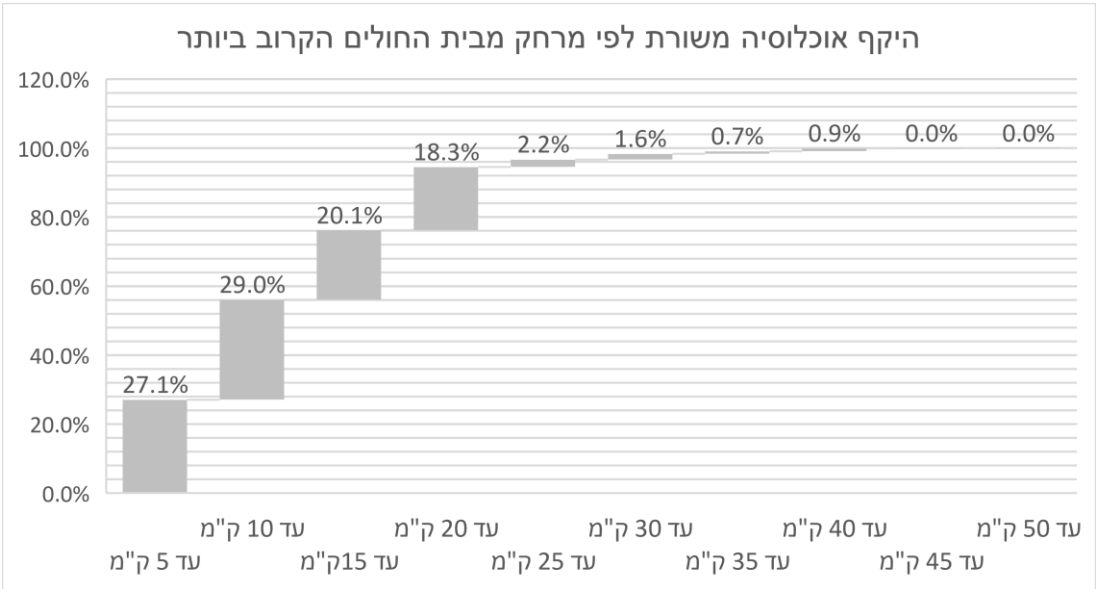
הניתוח המרחבי של טווחי השירות מראה כיסוי בחלק ניכר ממוקדי האוכלוסייה העיקריים (חיפה והקריות, עפולה-נצרת, עכו-נהריה, צפת וטבריה) ולעומתו **היעדר כיסוי** משמעותי בכמה אזורים:

- באזור כרמיאל-סחנין-שפרעם
- קריית אתא
- באזור ואדי ערה
- ובאזור קריית שמונה

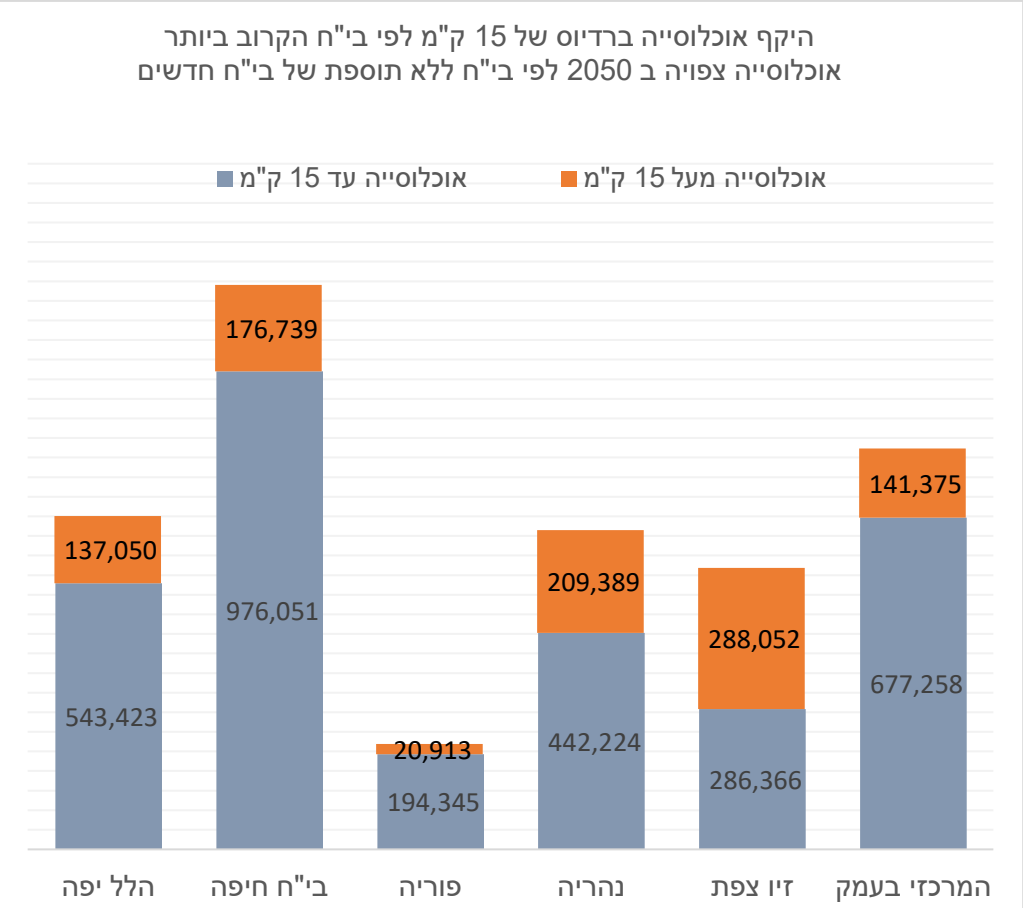
אוכלוסייה ברדיוס 5 ק"מ



ניתוח ריכוזי האוכלוסייה בהתבסס על פריסת בתי החולים הקיימת במחוזות צפון וחיפה מראה כי בעוד77% מהאוכלוסייה מתגוררת במרחק של עד 15 ק"מ (קו אווירי) ממוסד אשפוז קיים, שיעור גבוה של האוכלוסייה (כ-18%) מצוי בטווח שבין 15 ל-20 ק"מ מבית חולים – בעיקר באזור לב הגליל.

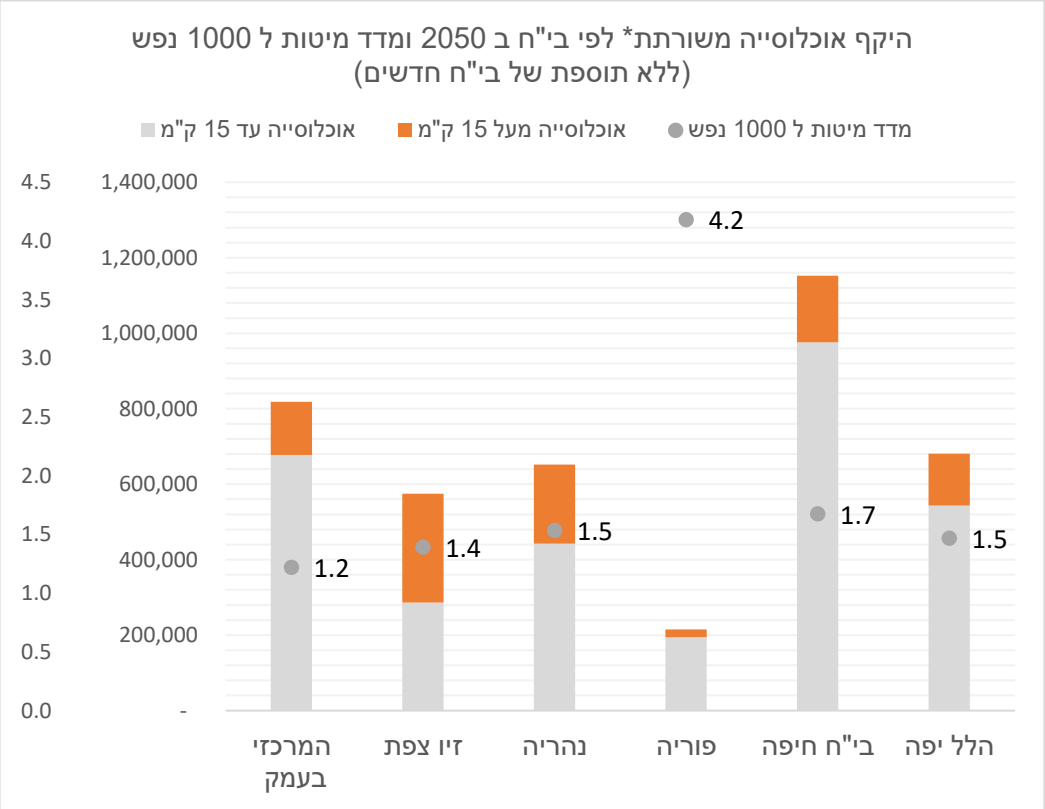


ניתן לראות כי בתי החולים בחיפה משרתים היקפי אוכלוסייה משמעותיים, וכי חלק ניכר מהאוכלוסייה אותה משרתים בתי החולים בנהריה ובצפת מגיע ממרחק הגדול מ-15 ק"מ.



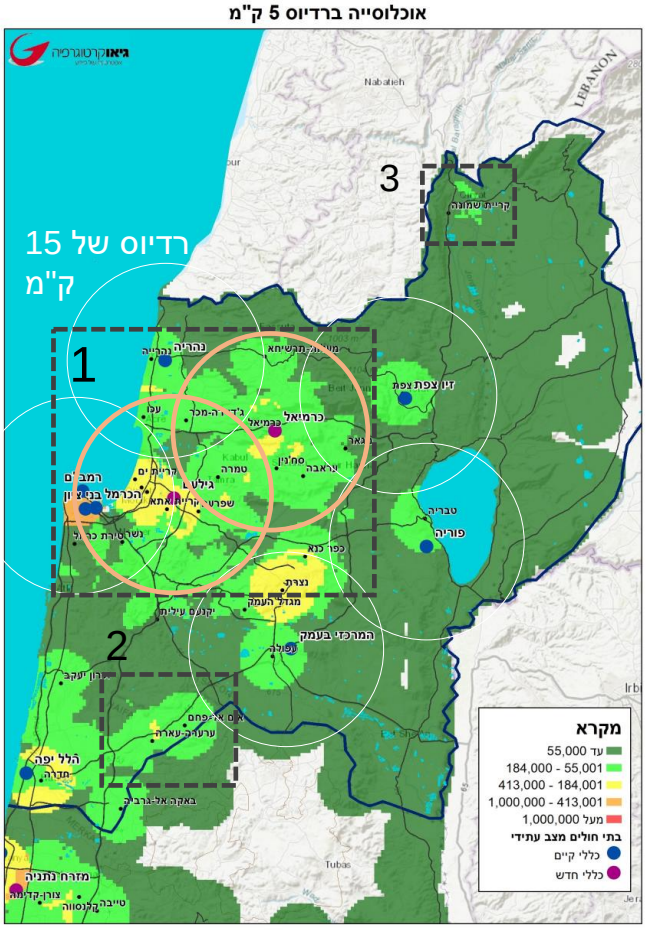
היקף אוכ' מצטבר ברדיוס	המרכזי בעמק	זיו צפת	נהריה	פוריה	בי"ח חיפה	הלל יפה
עד 5 ק"מ	132,852	95,831	131,357	93,115	457,607	199,159
עד 10 ק"מ	455,299	182,022	342,765	130,720	812,552	372,240
עד 15ק"מ	677,258	286,366	442,224	194,345	976,051	543,423
% האוכ' ב- 15 ק"מ מכלל האוכ'	83%	50%	68%	90%	85%	80%
עד 20 ק"מ	763,342	448,914	643,042	205,024	1,133,115	675,939
עד 25 ק"מ	808,201	455,065	651,612	210,525	1,152,791	680,474
עד 30 ק"מ	814,145	511,156	-	215,258	1,152,791	-
עד 35 ק"מ	815,253	540,531	-	-	-	-
עד 40 ק"מ	817,445	574,229	-	-	-	-
עד 45 ק"מ	818,094	574,418	-	-	-	-
עד 50 ק"מ	818,633	-	-	-	-	-

בחינת מדד מספר מיטות ל-1,000 נפש ללא תוספת של בתי חולים חדשים מראה רמת שירות נמוכה (כ- 1.5 מיטות ל 1,000 נפש) כמעט בכל בתי החולים (למעט פוריה) כאשר בוחנים את היקף האוכלוסייה הנסמכת על בית החולים ביחס להיקף המיטות המתוכנן. ברמת שתי המחוזות – היקף המיטות עומד על 1.6 בלבד.



השוואת רמת השירות בתרחישי פיתוח: סימולציה

אוכלוסייה ברדיוס 5 ק"מ



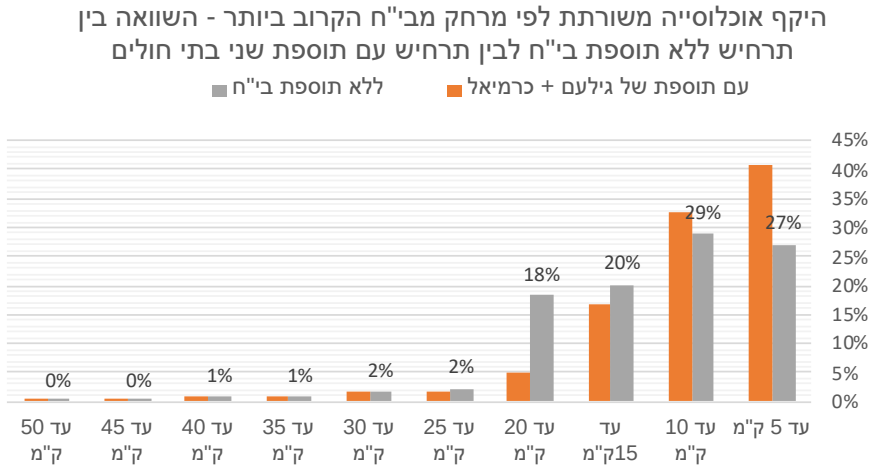
בהתבסס על הפערים שגילה ניתוח רמת השירות שהוצג כאן, מציעה התוכנית כי תוספת של בתי חולים כלליים במחוזות צפון וחיפה תהיה:

- בי"ח כללי משולב באזור קריית אתא (בי"ח מאושר בצומת גלעם)

בי"ח כללי משולב באזור כרמיאל-

באזור קריית שמונה, שבו האוכלוסייה מבוזרת, בקצרין המשרתת את אוכלוסיית הגולן ובאזור יישובי ואדי ערה הממוקמים בין שני בתי חולים קיימים שצפויים לגדול משמעותית, מוצעים פתרונות אחרים שיוצגו בהמשך הפרק.

על מנת לבחון את השפעת מיקום בתי החולים הכלליים המוצעים, נערכה סימולציה המשווה את רמת השרות בשני תרחישי תכנון: תוספת של שני בתי חולים במיקומים המוצעים, או "עסקים כרגיל" – הסתמכות על בתי החולים הקיימים בלבד. הניתוח גילה שיפור משמעותי של הנגישות לבתי החולים במרכז הגליל ובמרכזי האוכלוסייה הגדולים של הקריות. תוספת שני בתי חולים שיפרה משמעותית את הנגישות לשרותי אשפוז של כ-600,000 איש במרחב לב הגליל, כמוצג להלן:

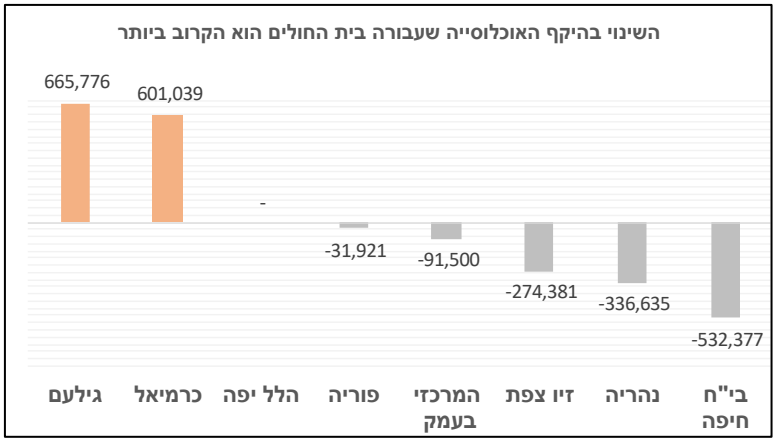


כעולה מהניתוח, תוספת בתי החולים המוצעת בקריית אתא ובאזור כרמיאל/בית הכרם מייצרת שינוי משמעותי במרחב מבחינת רמת השירות והעומס הצפוי על בתי החולים:

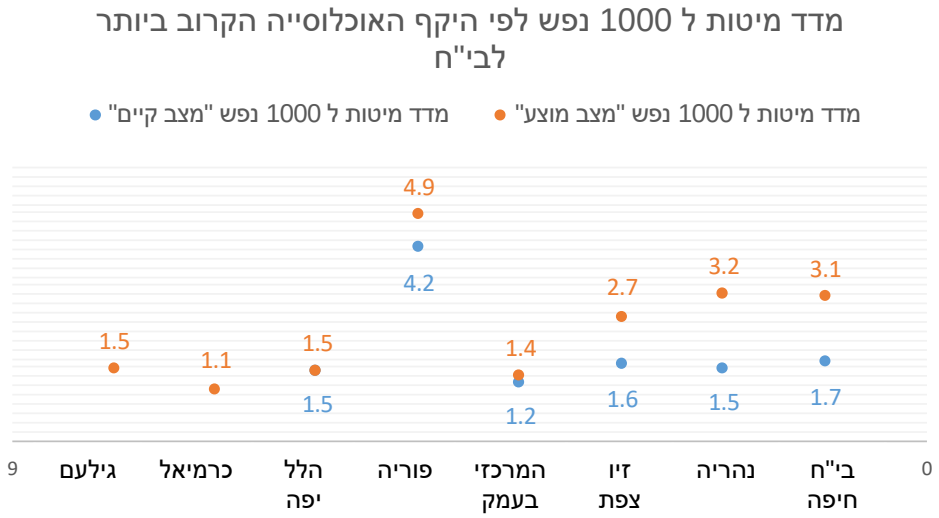
ביה"ח בגלעם צפוי להיות ביה"ח הקרוב ביותר לכ- 665 אלף איש.

ביה"ח בעיר כרמיאל צפוי להיות ביה"ח הקרוב ביותר ל- 600 אלף איש.

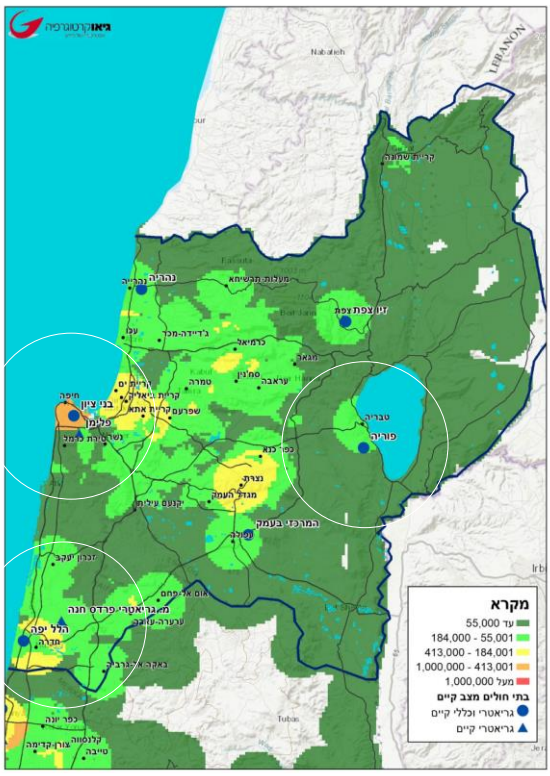
עומס האוכלוסייה הנשענת על ביה"ח בחיפה צפוי לרדת עם הקמת ביה"ח גלעם.



עומס האוכלוסייה הנשענת על בתי החולים בנהרייה ובזיו צפת צפוי לרדת עם הקמתו של בית חולים נוסף בעיר כרמיאל בהתאם, בחינת מדד המיטות ל 1000 נפש (לפי שיוך האוכלוסייה העתידית הקרובה ביותר ותוספת המיטות המתוכננת) מראה שיפור משמעותי ברמת השירות. בכל בתי החולים רמת השירות (במונחים של מיטות ל 1000 נפש) עלו בצורה משמעותית לאור תוספת המיטות בבתי חולים קיימים ובבי"ח החדשים. ראוי לציין כי באזור הנשען על בתיה"ח החדשים יש שיפור משמעותי ברמת השרות לאוכלוסייה הקרובה, מדד המיטות אינו גבוה(בכרמיאל- 1.1 מיטות ל 1000 נפש, בגלעם 1.5 מיטות ל 1000 נפש) בשל קירבתם למוקדי אוכלוסייה וכתוצאה מכך – בשל גודל האוכלוסייה שהם צפויים לשרת.

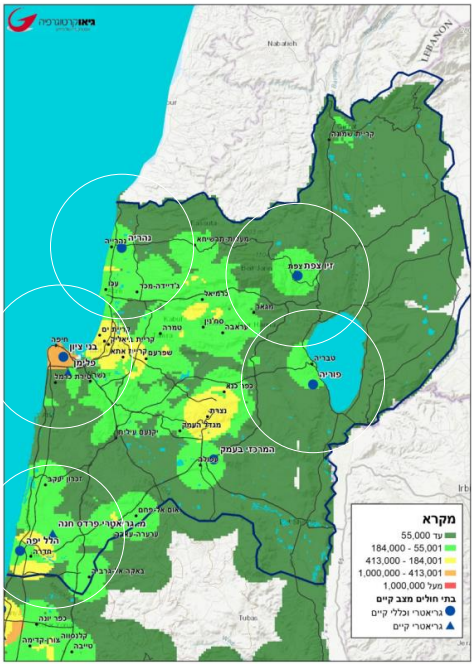


ניתוח רמת השירות של בתי החולים לגיל השלישי במחוז הצפון ובמחוז חיפה

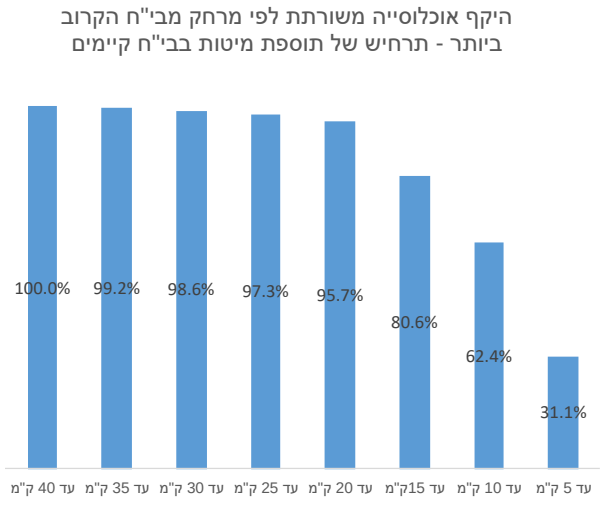


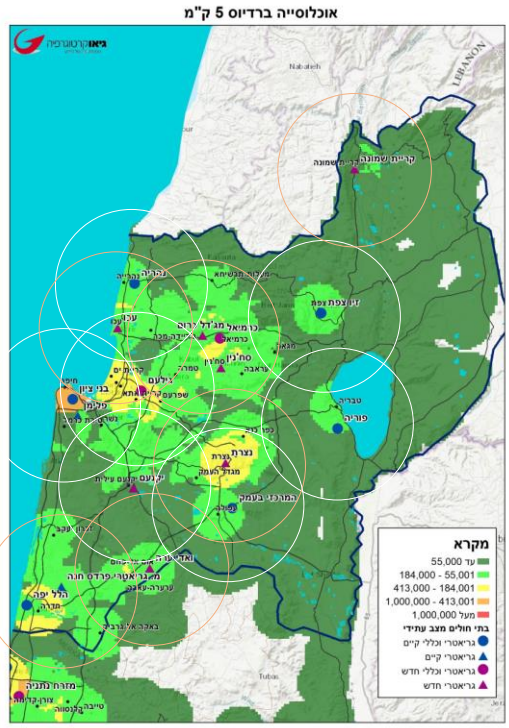
פריסת שרותי האשפוז הייעודים לטיפול אקוטי לגיל השלישי - בבתי חולים כלליים ובמר"גים –במחוזות חיפה והצפון המוצג במפה שמשמאל, מראה כי אין מענה במיטות אשפוז לגיל השלישי בכל מחוז הצפון למעט מספר נמוך של מיטות בבי"ח פוריה. לא נמצא כיסוי עבור רוב ריכוזי האוכלוסייה הצפויים להתגורר במחוז בשנת היעד. מיטות ייעודיות לטיפול אקוטי לגיל השלישי בבתי חולים קיימות רק כאמור בביה"ח פוריה ובבתי החולים הפרטיים בנצרת במחוז הצפון. לעומת זאת במחוז חיפה יש היצע של מיטות אשפוז במר"גים פלימן (200 מיטות) ופרדס חנה (556 מיטות) וכן בביה"ח הפרטי אלישע (30 מיטות). עיון בפריסה מראה את האזורים הנרחבים שאינם מקבלים שרות אקוטי כיום ואשר יסבלו בעתיד מנגישות לקויה לשרותי אשפוז לגיל השלישי עם לא יוקמו מרג"ים חדשים.

כפי שהוצג בפרק הדן בחלופות פרוגרמתיות לאשפוז לגיל השלישי, חלק מהמענה לעליה בביקושים יהיה בפיתוח מחלקות ואגפים ייעודים בבתי החולים המשולבים הקיימים. אולם ניתוח של רמת השרות והנגישות לאוכלוסייה בשנת היעד גם עם תוספת שרותי אשפוז לגיל השלישי בכל המוסדות הקיימים, מעלה כי השיפור ברמת השירות יהיה חלקי בלבד : רק כ-80% מאוכלוסיית הגיל השלישי בשנת היעד תתגורר במרחק שאינו עולה על 15 ק"מ ממוסד אשפוז, ואילו מדד היקף המיטות יהיה 2.6 ל-1,000 נפש.



כעולה מניתוח





סימולציה – השוואת רמת השירות בתרחישי פיתוח

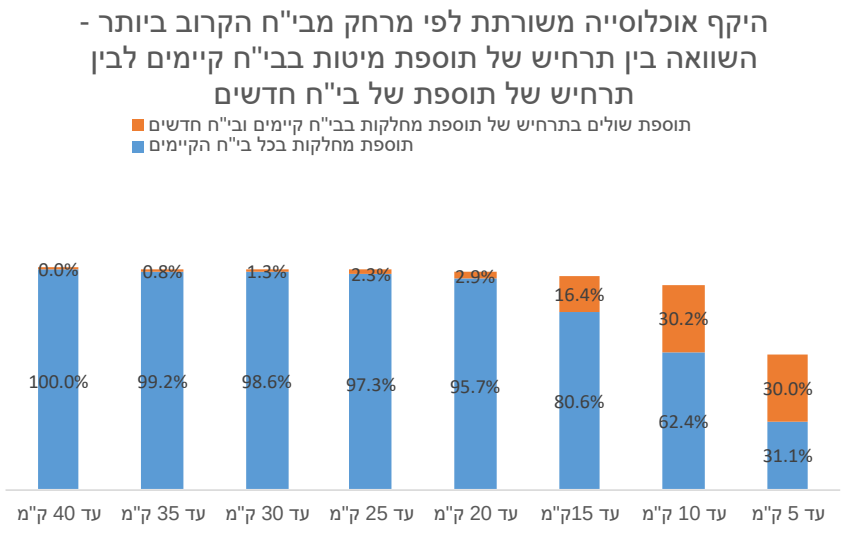
מניתוח רמת השירות, עולה כי נדרשת הקמתם של מוסדות ייעודים נוספים לטיפול אקוטי לגיל השלישי בשני המחוזות עד לשנת היעד.

בהתבסס על פריסת האוכלוסייה החזויה מוצע כי מרג"ים יוקמו באזורים: עכו, כרמיאל/בית הכרם (בנוסף על בי"ח משולב חדש), קריית שמונה, סח'נין, יוקנעם, נצרת-נוף הגליל, יישובי ואדי ערה.

על מנת לאמוד את השלכות הפתרונות התכנוניים, נערכה סימולציה המשווה בין שני תרחישי תכנון אפשריים:

1. תוספת מיטות גריאטריות בכל בתי החולים המשולבים הקיימים.
2. תוספת מיטות אקוטיות לגיל השלישי [גריאטריות] בבתי חולים משולבים קיימים ומתוכננים ובבתי חולים ייעודיים (מרג"ים) חדשים.

הסימולציה העלתה כי תוספת מיטות לגיל השלישי בבתי חולים קיימים וחדשים (ובבתי חולים ייעודיים [מרג"ים) מעלה את היקף האוכלוסייה הסמוכה בטווח של 5 ק"מ לשרותי אשפוז ייעודים לגיל השלישי עד ל-60%, והסמוכה בטווח של 15 ק"מ עד ל-96%.



תיאור החלופה הנבחרת – פריסת מוסדות אשפוז - במחוז הצפון ובמחוז חיפה

אשפוז כללי:

מערכת מוסדות האשפוז במחוזות צפון וחיפה משלימות אחת את השנייה. **כיום בי"ח רמב"ם נותן מענה לצרכים של צפון הארץ כבי"ח על הכולל מגוון שירותי רפואה רחב ביותר כולל מענה לשעות חירום. במחוז צפון,** קיימים 4 בתי חולים כלליים – **בי"ח הגליל בנהריה, בי"ח זיו, בי"ח פוריה ובי"ח העמק** – בנוסף לבתי חולים מקומיים בנצרת בהיקף שירות מוגבל ובי"ח פסיכיאטרי – **מזור**. במחוז חיפה, קיימים כאמור **בי"ח רמב"ם ובי"ח הלל יפה**. בנוסף בעיר חיפה קיימים בתי חולים כלליים עירוניים – הכרמל ובני ציון – בתי חולים גריאטריים – **פלימן ושוהם** – ובתי חולים פסיכיאטריים – **שער מנשה ומעלה הכרמל**.

עיקר הפיתוח העתידי למיטות האשפוז הכללי במחוזות הצפון וחיפה יינתן במסגרת הרחבת מיטות האשפוז בתי החולים הקיימים – במחוז צפון בבתי חולים: נהריה, העמק, זיו ופוריה ובמחוז חיפה בבתי החולים: רמב"ם והלל יפה – כאשר בתי חולים אלו צפויים לגדול לכדי 1,000 מיטות אשפוז כללי ומעלה. בנוסף, **מתוכנן בי"ח חדש בצומת גלעם על גבול שני המחוזות** (מרכז רפואי בגין) ומתוכנן **בי"ח משולב חדש במחוז הצפון בכרמיאל**. תוספת המיטות בבתי החולים הללו תאפשר פיתוחם למרכזי שירותים רפואיים משולבים ומתמחים ברמה רפואית גבוהה. הפריסה המערכתית המוצעת, של בתי החולים הקיימים והמתוכננים, תאפשר שיפור מתן השירות ונגישות גבוהה יותר בפרט במחוז הצפון למגוון שירותי אשפוז נדרשים.

בתי החולים הקטנים בחיפה ובנצרת, אשר אפשרויות הפיתוח שלהם מוגבלות, ישמרו על גודלם הנוכחי וימשיכו בתפקודם כמוסדות מקומיים המשולבים בקהילה.

לאור המרחק הגיאוגרפי של יישובי צפון הגליל והגולן התכנית מציעה הקמת **מוקדי רפואה קדמי בקרית שמונה ובקצרין**.

אשפוז לגיל השלישי והרביעי (מר"גים):

במחוז הצפון לא קיים כיום מענה מספק לאשפוז גריאטרי אקוטי פרט למספר זעום של מיטות אשפוז בבי"ח פוריה. במחוז חיפה קיים מענה המספק תשובה במצב הנוכחי במסגרת בתי החולים פלימן בחיפה ושוהם בפרדס חנה. בשני המחוזות נדרשת היערכות לביקושים הקיימים והעתידיים של רפואה אקוטית לגיל השלישי והרביעי. התכנית מציעה פרישת מערך שירותים אלה בהתאם לפרישת אוכלוסייה עתידית במספר ריכוזי אוכלוסייה עירוניים ואזוריים. בתי החולים שהם מרכזי האשפוז האקוטי לגיל השלישי (מר"גים) המוצעים במסגרת התכנית: **קרית שמונה, עכו, , סח'נין, נוף הגליל, מגדל העמק, חצור הגלילית, כפר קרע, פלימן כבי"ח משולב עם בי"ח רמב"ם והרחבת בי"ח שוהם**.

בנוסף נסמכת החלופה על פיתוח מערכת תומכת של מוסדות בריאות בינוניים וקטנים בקהילה, אשר אליהם ינותב האשפוז הכרוני הארוך בנוסף על מעבר לאשפוז הביתי, אשר יאפשרו לבתי החולים להתמקד ברפואה אקוטית.

אשפוז פסיכיאטרי:

בהתאם למדיניות משרד הבריאות הטיפול והאשפוז הפסיכיאטרי עובר בחלקו הגדול לקהילה. מחלקות לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים. במחוז

הצפון יועבר **בי"ח מזור למיקום חלופי, במתחם בי"ח כללי באזור על פי החלטת משרד הבריאות**.
במחוז חיפה לא יפותחו מוסדות נוספים מעבר לקיים.

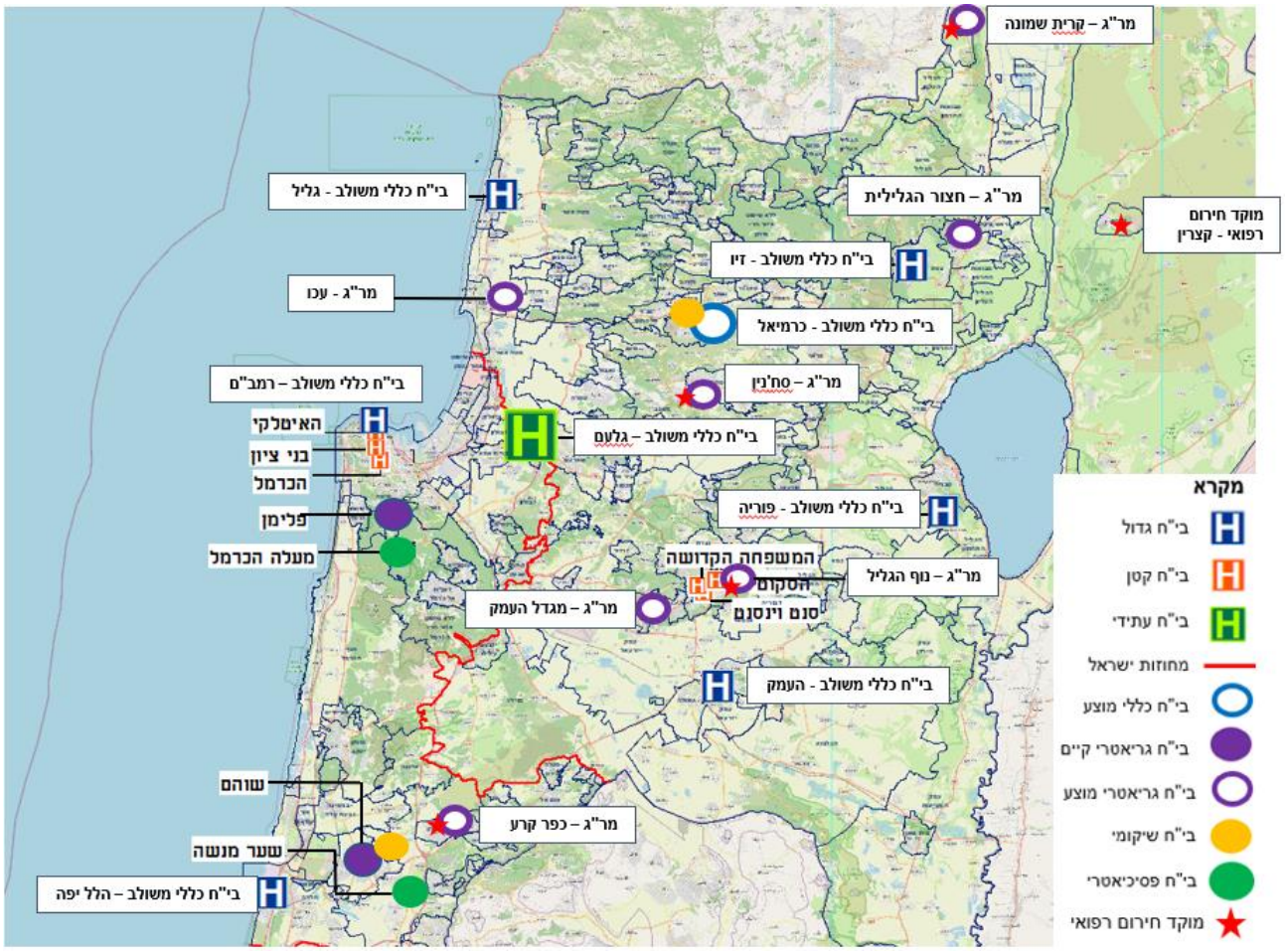
אשפוז שיקומי:

במחוז הצפון לא קיים כיום מענה מספק לאשפוז שיקומי. קיימות 60 מיטות שיקומיות בבתי חולים העמק והגליל. מתוכננת כיום הקמה של **מרכז שיקום הכולל 162 מיטות בבי"ח פוריה.** בנוסף, מתוכנן **מרכז שיקומי חדש בכרמיאל אשר יכלול 240 מיטות אשפוז**. במחוז חיפה קיימות 35 מיטות שיקומיות בבי"ח בני ציון ו-10 מיטות שיקומיות בבי"ח הלל יפה. כמו כן, קיימות 50 מיטות שיקומיות בבתי חולים גריאטריים פרטיים.
מחלקות לאשפוז שיקומי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים. בנוסף יוקם במתחם **בי"ח שוהם בפרדס חנה בי"ח שיקומי נוסף**. ע"פ החלטת משרד הבריאות **ביה"ח בני ציון יוסב לבי"ח גריאטרי – שיקומי.**

מוקדי חרום רפואי:

לאור המרחק הגיאוגרפי של יישובים רבים במחוז הצפון ממוסדות אשפוז התכנית מציעה הקמת מוקדי חירום רפואי אשר יאפשרו נגישות טובה לקבלת מענה רפואי ראשוני. **התכנית מציעה 5 מוקדי חרום רפואי במחוזות צפון וחיפה: בקצרין** – מוקד נפרד ; **בקרית שמונה, בסח'נין, בנוף הגליל ובכפר קרע** תוקצה קרקע נוספת בסמיכות למר"גים החדשים המוצעים להקמת מוקדי חרום. מוקדים אלו יכללו התמחויות שונות לפי הצורך (כגון ; מיון ראשוני, אשפוז יום, חדרי אשפוז, חדרי טראומה ועוד).

פרישת מערכת בתי החולים במחוזות צפון וחיפה:



בתי חולים מוצעים במחוז הצפון - פריסה מוצעת:

1. **ביה"ח כללי משולב – כרמיאל**
2. **ביה"ח גריאטרי + מוקד חירום רפואי - קרית שמונה**
3. **ביה"ח גריאטרי + מוקד חירום רפואי – סח'נין**
4. **ביה"ח חולים גריאטרי – עכו**
5. **ביה"ח חולים גריאטרי – נוף הגליל**
6. **ביה"ח חולים גריאטרי – מגדל העמק**
7. **ביה"ח חולים גריאטרי – חצור הגלילית**
8. **ביה"ח שיקומי חדש – כרמיאל** (מקודם בנפרד)
9. **מוקד חירום רפואי בגולן – קצרין**

בתי חולים מוצעים במחוז חיפה - פריסה מוצעת:

1. **ביה"ח כללי משולב - גלעם** (מאושר)
2. **ביה"ח גריאטרי + מוקד חירום רפואי - כפר קרע**
3. **ביה"ח שיקומי – במתחם ביה"ח שוהם**

פיתוח מערכת מוסדות האשפוז במחוז ירושלים - פרוגרמה משולבת לכל סוגי האשפוז

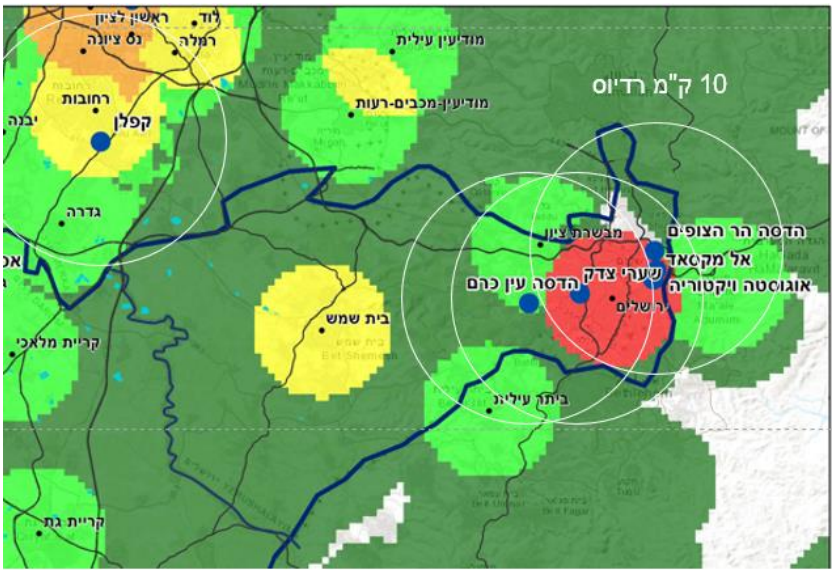
ביקושים חזויים לאשפוז במחוז ירושלים:

על בסיס חלופת הפרוגרמה הנבחרת (חלופת C) וניתוח תוכניות הפיתוח בשטחים הקיימים למוסדות אשפוז במחוז ירושלים נדרשות סה"כ 7,383 מיטות אשפוז לכלל סוגי האשפוז ; מהן 5,968 מיטות בבתי חולים קיימים כאשר רובן המכריע הינן מיטות לאשפוז כללי. כמו כן, נדרשות 1,415 מיטות אשפוז בבתי חולים חדשים מהן כ- 900 מיטות אקוטיות לגיל השלישי [גריאטריות] לטיפול אקוטי בבתי חולים לגיל השלישי [מר"גים] לפי החלוקה הבאה[76]:

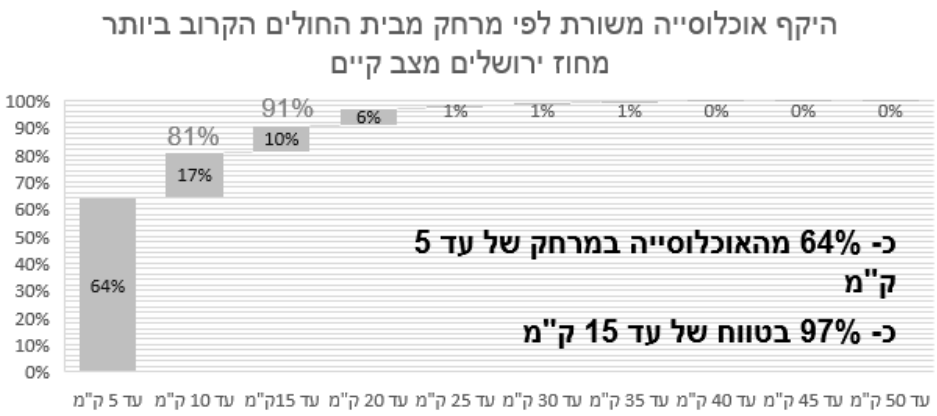
סוג אשפוז	היצע מיטות קיים	ביקוש צפוי למיטות אשפוז לשנת היעד	סה"כ מיטות מתוכננות בבתי החולים הקיימים	סה"כ מיטות בבתי חולים חדשים
כללי	**2,369**	**4,136**	**3,686**	**450**
גריאטרי	**490**	**1,942** (אקוטי בלבד)	**1,042**	**900**
שיקומי	**153**	**420**	**390**	**30**
פסיכיאטרי	**447**	**885**	**850**	**35**
סה"כ	**3,459**	**7,383**	**5,968**	**1,415**

ניתוח רמת השירות של בתי החולים הכלליים במחוז

במפה מוצגת פריסת האוכלוסייה החזויה לשנת היעד במחוז, ומסומן טווח השירות (15 ק"מ) של בתי החולים הכלליים הקיימים. המפה מהווה בסיס לניתוח רמת השירות החזויה לשנת היעד בתסריט "עסקים כרגיל" בו לא נוספים מוסדות אשפוז חדשים. פריסת האוכלוסייה החזויה במחוז ירושלים מראה שני מוקדים עיקריים – בירושלים, ובאזור בית שמש. הניתוח המרחבי של טווחי השירות מראה כיסוי טוב בירושלים, שהיא עיר צפופה יחסית ויש בה נגישות טובה לבתי החולים – ולעומתו רמת השירות והכיסוי באזור בית שמש טובה פחות.



[76] במיטות אשפוז

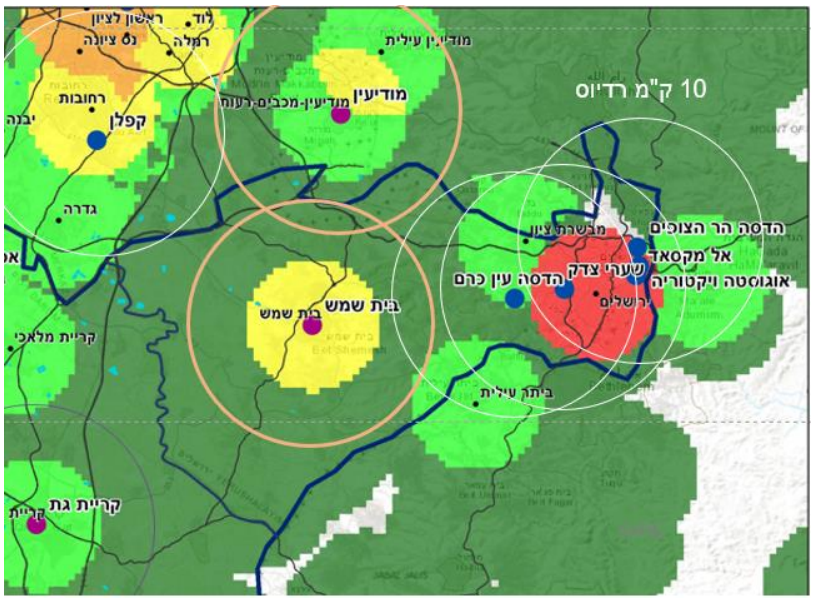


ניתוח ריכוזי האוכלוסייה בהתבסס על פריסת בתי החולים הקיימת מראה כי כ-64% מהאוכלוסייה מתגוררת במרחק של עד 5 ק״מ (קו אווירי) ממוסד אשפוז קיים, ואילו 97% מהאוכלוסייה מצוי בטווח של עד 15 ק״מ. הניתוח משקף את המבנה הגיאוגרפי של המחוז – מחוז מטרופוליני וקומפקטי, שמרבית האוכלוסייה שבו תתגורר בשנת היעד סביב המוקד העירוני המשמעותי בירושלים.

בחינת מדד מספר מיטות ל-1,000 נפש ללא תוספת של בתי חולים חדשים מראה רמת שירות נמוכה (כ- 1.3 מיטות ל 1,000 נפש) בכלל המחוז. התובנה העולה מהניתוח היא כי שתי הסוגיות התכנוניות העיקריות בפיתוח מערכת האשפוז במחוז ירושלים הן תוספת קיבולת אשפוז בכלל המחוז – ושיפור הנגישות לשירותי אשפוז לתושבי אזור בית שמש. לפיכך מציעה תמ״א 49 תרחיש פיתוח בו תבוזר מערכת האשפוז וחלק מתוספת השירותים יפותח במוקד נוסף, בבית שמש. הסעיף הבא יבחן את השלכות תרחיש הפיתוח המוצע.

סימולציה – בחינת רמת שירות בתרחיש פיתוח מוצע

בהתבסס על הפערים שגילה ניתוח רמת השירות שהוצג כאן, מציעה התוכנית כי יתווסף בי״ח כללי משולב בבית שמש. במפה מוצגים טווחי השירות של מוסדות האשפוז במערך המוצע על רקע פריסת האוכלוסייה החזויה לשנת היעד.



על מנת לבחון את השפעת בית החולים המוצע בבית שמש, נערכה סימולציה להיקף האוכלוסייה המוערך המשורת בבתי החולים לפי מרחק מבתי החולים[77]. הסימולציה מראה כי היקף האוכלוסייה המשורת במחוז יהיה 2.27 מיליון איש (לאור פיתוחו הצפוי של בית חולים במודיעין, שהאוכלוסייה הסמוכה במחוז תישען עליו). בנוסף, מראה הסימולציה שיפור משמעותי בנגישות התושבים באזור בית שמש לשרותי אשפוז – רמת השירות לתושביו טובה ומשתווה לרמת השירות למוקדי האוכלוסייה הסמוכים לירושלים.

בסך הכל, בתרחיש הפיתוח, צפויה 75% מהאוכלוסייה להתגורר בטווח של 5 ק"מ ממרכז אשפוז בשנת היעד, ואילו 94% מהאוכלוסייה יתגוררו בטווח של עד 10 ק"מ ממרכז אשפוז – פרישה המאפשרת נגישות כוללת טובה לשרותי אשפוז.

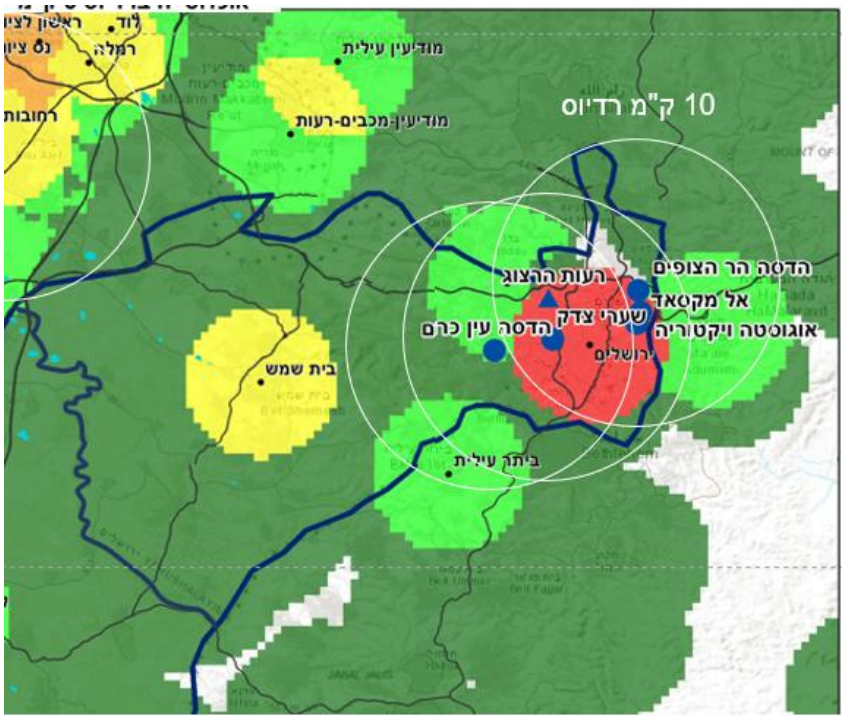


בהתאם, בחינת מדד המיטות ל 1000 נפש (לפי שיוך האוכלוסייה הקרובה ביותר ותוספת המיטות המתוכננת) מראה שיפור - 1.6 מיטות ל-1,000 נפש.

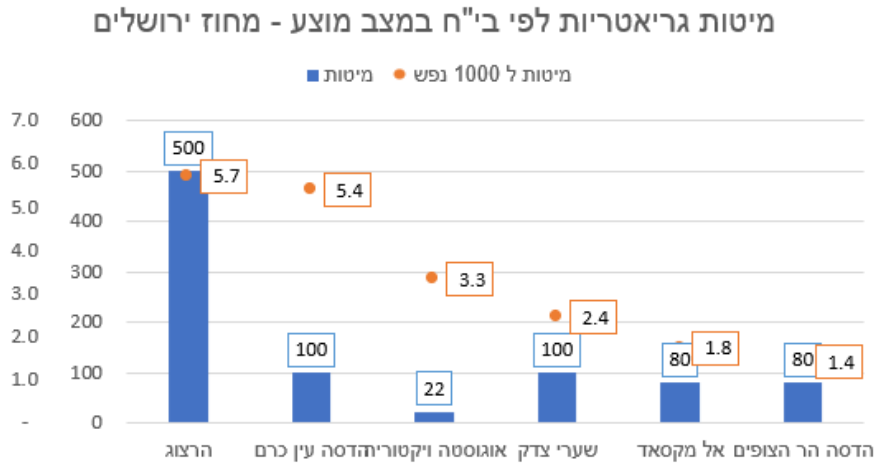
[77] ניתוח על סמך קירבה בקו אווירי – לא על סמך נגישות/שירות בפועל

ניתוח רמת השירות של בתי החולים לטיפול אקוטי לגיל השלישי במחוז ירושלים

פריסת שרותי האשפוז הייעודים לגיל השלישי - בבתי חולים כלליים ובמר"גים –המוצג במפה מטה, מראה כי גם בשרותי אשפוז לגיל השלישי קיימים פערי כיסוי באזור בית שמש בתסריט "עסקים כרגיל" (כלומר, בפיתוח המערכת ללא תוספת מוסדות חדשים).



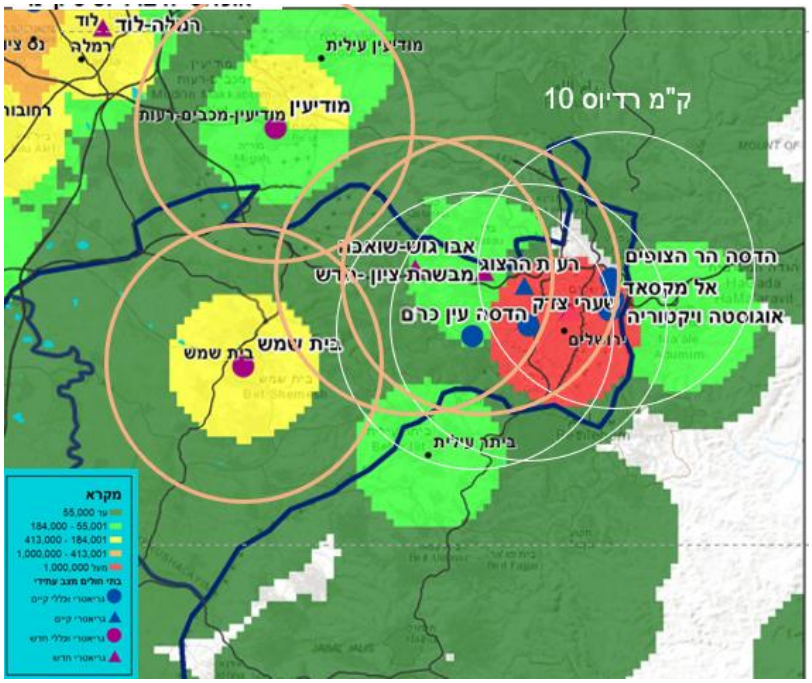
כפי שהוצג בפרק הדן בחלופות פרוגרמתיות לאשפוז לגיל השלישי, חלק מהמענה לעליה בביקושים יהיה בפיתוח מחלקות ואגפים ייעודיים בבתי החולים המשולבים הקיימים. בסך הכל היקף האוכלוסייה המשורת במחוז ירושלים לשנת היעד יעמוד על 250,000 נפש, ותוספת מיטות מתוכננת בבתי"ח הקיימים תביא את רמת השירות החזויה לכדי 3.5 מיטות ל-1,000 נפש. אולם מיצוע זה מסתיר טווח שונות נרחב בין בתי החולים. כאשר בוחנים את רמת השירות החזויה של בתי החולים הקיימים ביחס לאוכלוסייה הנשענת עליהם, מתגלה טווח נרחב כאשר בתי החולים במזרח ובמרכז ירושלים מציגים שיעור נמוך של מיטות ל-1,000 נפש.



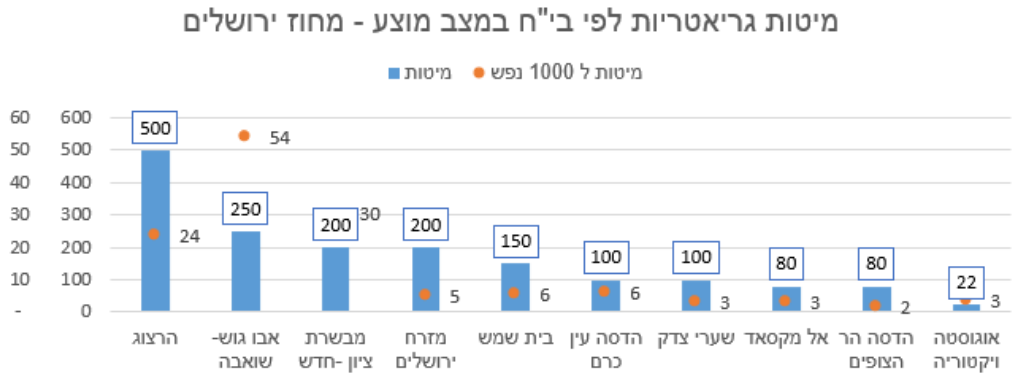
סימולציה – השוואת רמת השירות בתרחישי פיתוח

מניתוח רמת השירות, עולה כי נדרשת הקמתם של מוסדות ייעודיים חדשים עד לשנת היעד על מנת לבזר את השירות ולהקל על העומס שייווצר במוסדות הקיימים. בהתבסס על פריסת האוכלוסייה החזויה. התוכנית מציעה כי יוקם במסגרת ביה"ח המתוכנן בבית שמש גם מחלקה גריאטרית לגיל השלישי, בהתבסס על רמת השירות החזויה מוצע מוקד נוסף לשרות תושבי דרום מזרח מחוז ירושלים, כמו כן מומלץ להקים בתי חולים לטיפול אקוטי בגיל השלישי מר"גים נוספים במחוז ירושלים – באזור מבשרת ציון וגוש יישובי אבו גוש-קרית ענבים.

סימולציה של השפעת הקמתם של המר"גים החדשים מראה כי הגדלת היקף המיטות המתוכנן תאפשר שיפור ברמת השרות הכוללת מ-3.5 מיטות ל-1,000 נפש לכ-7.3 מיטות ל-1,000 נפש. אזור בית שמש זוכה לשיפור משמעותי מבחינת רמת השירות ומבחינת הנגישות, וישורת ברמה תואמת למוקדי האוכלוסייה הסמוכים לירושלים.



הסימולציה של רמת השירות לגיל השלישי לפי בתי חולים בתרחיש הפיתוח המוצע (למטה) מראה כי רמת השירות של כלל בתי החולים השתפרה. עדיין קיימים פערים בין רמת השירות במזרח ירושלים ובשאר המחוז – בשל אילוצי איתור הקרקע בעיר המזרחית אין אפשרות לפיתוח מערכתי שישווה את הפערים – אולם העברת חלק מהמענה האשפוזי לגיל השלישי למוסדות חדשים ישפר גם את רמת השירות שניתנת במוסדות הקיימים במזרח ומרכז ירושלים.



תיאור החלופה הנבחרת במחוז ירושלים

אשפוז כללי:

מערכת מוסדות האשפוז במחוז ירושלים נשענת על שלושת בתי החולים הגדולים של העיר – **הדסה עין כרם, הדסה הר הצופים ושערי צדק. כיום בי"ח הדסה עין כרם נותן מענה לצרכים של מחוז ירושלים כבי"ח על הכולל מגוון שירותי רפואה רחב ביותר כולל מענה לשעות חירום.** בנוסף, קיימים בתי חולים מקומיים במזרח העיר בהיקף שירות מוגבל – אל מקסאד, אוגוסטה ויקטוריה, סנט ג'וזף, סנט ג'ון, הסהר האדום ואל קודס. כמו כן, קיים בי"ח פסיכיאטרי – כפר שאול ואיתנים: מרכז בריאות הנפש ירושלים. במחוז ובעיר ירושלים קיים בי"ח המיועד לאשפוז הגריאטרי האקוטי – בי"ח הרצוג (הכולל גם מיטות אשפוז פסיכיאטריות). בנוסף קיימים 3 - מוסדות מקומיים הכוללים מיטות אשפוז גריאטריות אקוטיות – משגב לדך, עדי וסנט לואיס. במחוז ירושלים קיים בי"ח אלי"ן המתמחה בטיפול ואשפוז שיקומי.

התוכנית מציעה כי עיקר הפיתוח העתידי למיטות האשפוז הכללי יינתן **במסגרת בתי החולים הקיימים – הדסה עין כרם, הדסה הר הצופים ושערי צדק** – כאשר בתי חולים אלו צפויים לגדול לכדי 1,000 מיטות אשפוז כללי ומעלה. בנוסף, **מתוכנן בי"ח חדש בבית שמש.** בנוסף, תוספת מיטות לא גדולה צפויה בבתי החולים במזרח העיר – אל מקסאד ואוגוסטה ויקטוריה. הפרישה המערכתית המוצעת תאפשר שיפור מתן השירות ונגישות גבוהה יותר למגוון שירותי אשפוז נדרשים.

שאר בתי החולים הקטנים במזרח העיר ירושלים, אשר אפשרויות הפיתוח שלהם מוגבלות, ישמרו על גודלם הנוכחי וימשיכו בתפקודם כמוסדות מקומיים המשולבים בקהילה.

אשפוז לגיל השלישי והרביעי (מר"גים):

במחוז ירושלים לא קיים כיום מענה מספק לדרישה לאשפוז הגריאטרי האקוטי העתידי. ביה"ח הרצוג יפותח אך עדיין לא יוכל לספק תשובה לדרישה הגבוהה במחוז ונדרשת היערכות לביקושים

העתידיים של רפואה אקוטית לגיל השלישי והרביעי. התכנית מציעה פרישת מערך שירותים אלה בהתאם לפרישת אוכלוסייה עתידית במספר ריכוזי אוכלוסייה עירוניים ואזוריים. מרכזי האשפוז לגיל השלישי (מר"גים) מוצעים ב: **קרית ענבים, מטה יהודה ובצור באכר** (דרום מזרח העיר ירושלים) על מנת לתת מענה לתושבי המחוז ומזרח העיר ירושלים. נכון לכתיבת הדו"ח לא נבחר מיקום סופי לביה"ח הגריאטרי במטה יהודה. נבחנו מספר חלופות במועצה האזורית מטה יהודה ולקראת הדיון במועצה הארצית תבחר חלופה נבחרת.

החלופות נסמכות על פיתוח מערכת תומכת של מוסדות בריאות בינוניים וקטנים בקהילה, אשר אליהם ינותב האשפוז הכרוני הארוך בנוסף על מעבר לאשפוז ביתי אשר יאפשר לבתי החולים להתמקד ברפואה אקוטית.

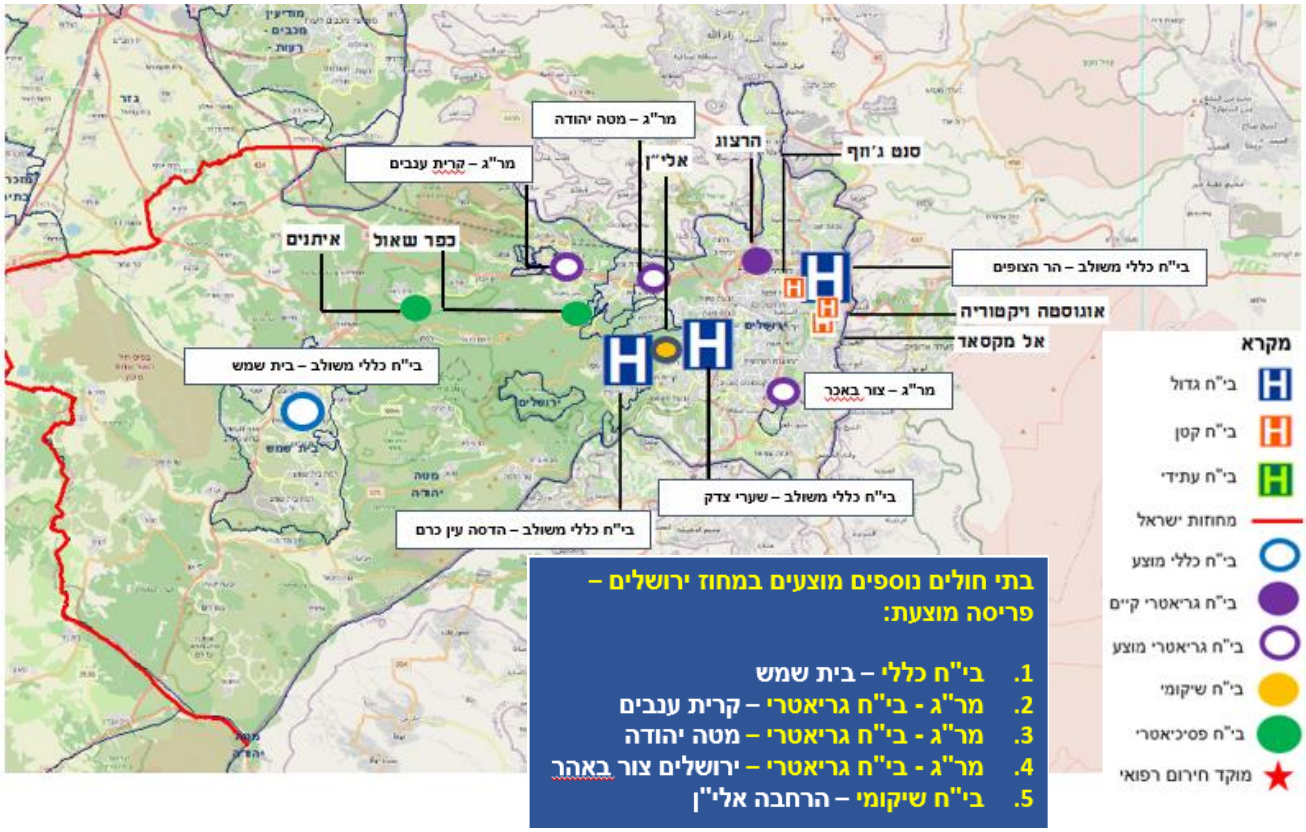
אשפוז פסיכיאטרי:

בהתאם למדיניות משרד הבריאות הטיפול והאשפוז הפסיכיאטרי עובר בחלקו הגדול לקהילה. מחלקות לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים. במחוז ירושלים לא יפותחו מוסדות נוספים מעבר לקיים.

אשפוז שיקומי:

במחוז ירושלים קיים כיום מענה חלקי לאשפוז שיקומי. קיימות 93 מיטות שיקומיות **בבית החולים השיקומי אלי"ן**, התכנית מציעה הרחבה מסוימת במתחם אך אין באפשרותו גידול משמעותי עקב חוסר מקום. מתוכננת כיום הקמה של מרכז שיקום הכולל **200 מיטות בבי"ח הדסה הר הצופים.** מחלקות לאשפוז שיקומי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים.

פרישת מערכת בתי החולים במחוז ירושלים:



ד. פיתוח מערכת מוסדות האשפוז במחוזות מרכז ותל אביב - פרוגרמה משולבת לכלל סוגי האשפוז:

ביקושים חזויים למיטות אשפוז:

מחוז מרכז:

על בסיס חלופת הפרוגרמה הנבחרת (חלופת C) וניתוח תוכניות הפיתוח בשטחים הקיימים למוסדות אשפוז במחוז מרכז נדרשות סה"כ 15,070 מיטות אשפוז לכלל סוגי האשפוז ; מהן 10,970 מיטות בבתי חולים קיימים כאש ר רובן המכריע הינן מיטות לאשפוז כללי. כמו כן, נדרשות 4,100 מיטות אשפוז בבתי חולים חדשים מהן 2,100 מיטות גריאטריות לטיפול אקוטי בבתי חולים לגיל השלישי [מר"גים] לפי החלוקה הבאה[78]:

סוג אשפוז	היצע מיטות קיים	ביקוש צפוי למיטות אשפוז לשנת היעד	סה"כ מיטות מתוכננות בבתי החולים הקיימים	סה"כ מיטות בבתי חולים חדשים
כללי	3,721	7,550	5,850	1,700
גריאטרי	1,390	5,090 (אקוטי בלבד)	2,990	2,100
שיקומי	287	870	670	200
פסיכיאטרי	1,007	1,560	1,460	100
סה"כ	6,405	15,070	10,970	4,100

מחוז תל אביב:

על בסיס חלופת הפרוגרמה הנבחרת (חלופת C) וניתוח תוכניות הפיתוח בשטחים הקיימים למוסדות אשפוז במחוז תל אביב נדרשות סה"כ 9,950 מיטות אשפוז לכלל סוגי האשפוז ; מהן 8,150 מיטות בבתי חולים קיימים כאשר רובן המכריע הינן מיטות לאשפוז כללי. כמו כן, נדרשות 1,800 מיטות אשפוז גריאטרי אקוטי בבתי חולים חדשים לגיל השלישי [מר"גים][79]:

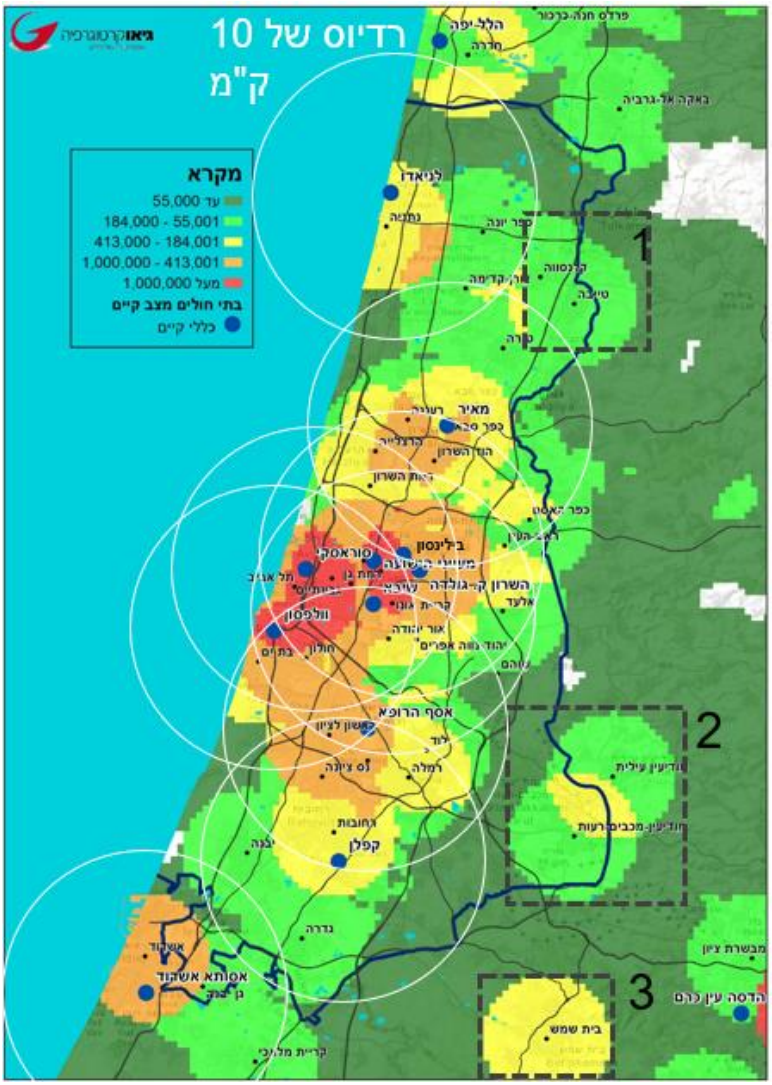
סוג אשפוז	היצע מיטות קיים	ביקוש צפוי למיטות אשפוז לשנת היעד	סה"כ מיטות מתוכננות בבתי החולים הקיימים	סה"כ מיטות בבתי חולים חדשים
כללי	3,139	5,550	5,550	-
גריאטרי	893	3,000 (אקוטי בלבד)	1,200	1,800
שיקומי	262	380	380	-
פסיכיאטרי	540	1,020	1,020	-
סה"כ	4,834	9,950	8,150	1,800

[78] במיטות אשפוז

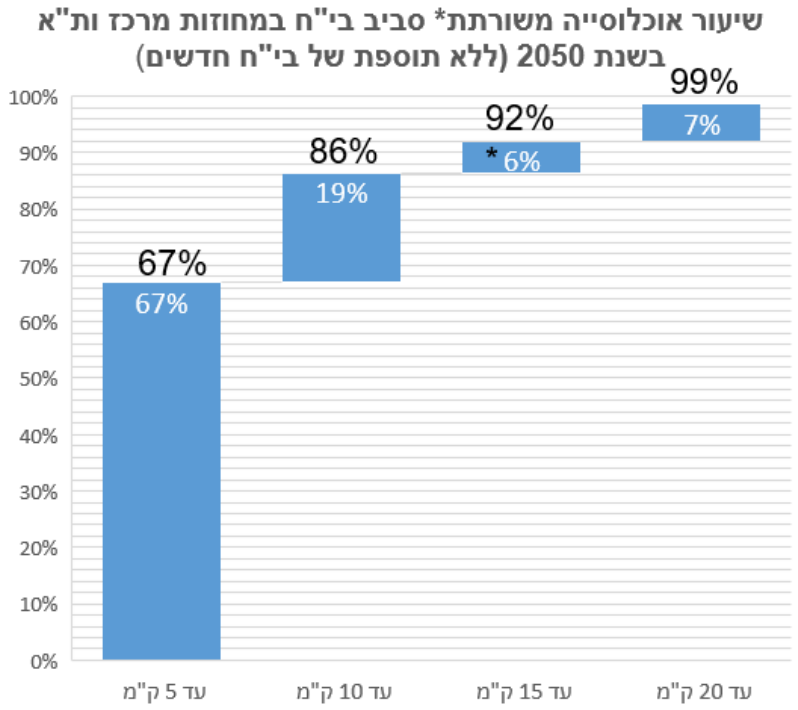
[79] במיטות אשפוז

ניתוח רמת השירות של בתי החולים הכלליים בשני המחוזות:

במפה מוצגת פריסת האוכלוסייה החזויה לשנת היעד במחוז, ומסומן טווח השירות (15 ק"מ) של בתי החולים הקיימים. עיון במפה מגלה כי טווחי השירות של המוסדות הקיימים משרתים את ריכוזי האוכלוסייה העיקריים. עם זאת, ניכר היעדר כיסוי בשולי המטרופולין: ריכוזי האוכלוסייה הצפויים במודיעין/מודיעין עלית, סמוך לאזור בית שמש, ובאזור המשולש והשרון הדרומי, מצויים מחוץ לטווחי השירות של המערכת הקיימת.

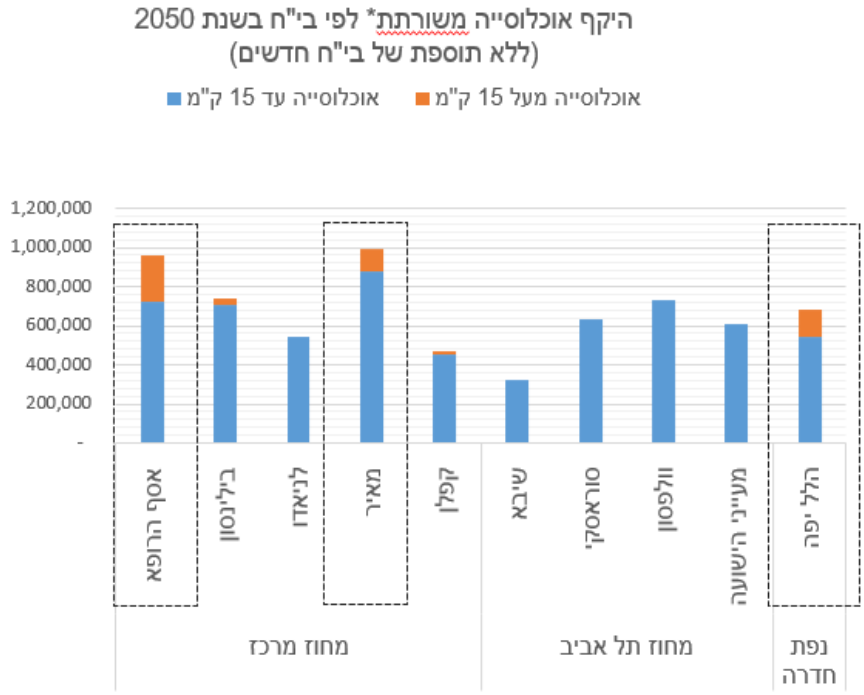


הניתוח המרחבי של טווחי השירות מראה נגישות טובה גם במצב הקיים – 92% מן האוכלוסייה נמצא בטווח השירות של בתי החולים הקיימים. בטווח שירות של 20 ק"מ כמעט כל האוכלוסייה – 99% - בנגישות למוסדות אשפוז.

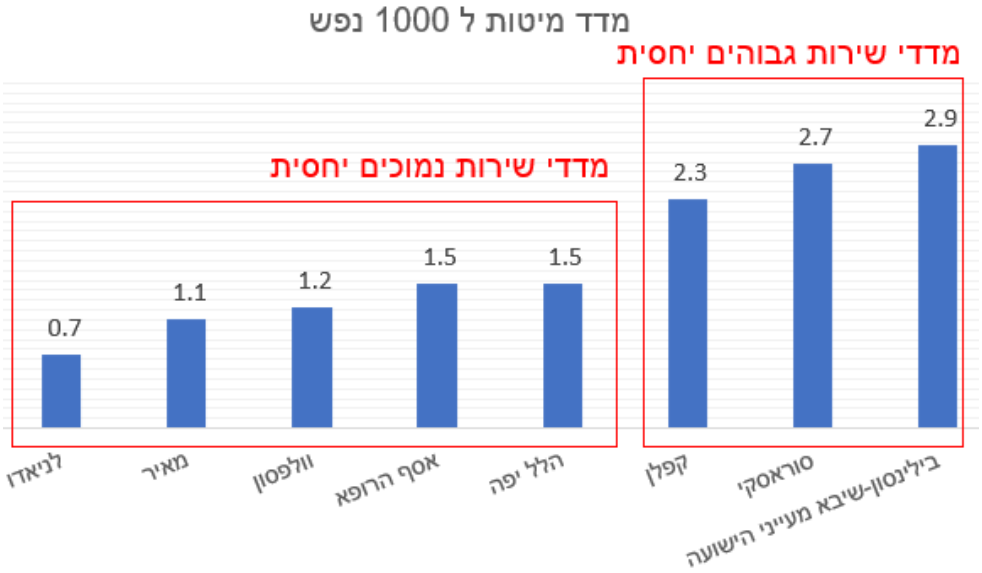


**ניתוח על סמך קירבה בקו אווירי – לא על סמך שירות בפועל*

למרות הנגישות הטובה ומרחקי השירות הקצרים המאפיינים מחוזות מבונים בצפיפות שקיימת בהם כיום כבר מערכת אשפוז מפותחת, ללא פיתוח נוסף של המערכת יסבלו מוקדי האשפוז מעומס יתר עד לשנת היעד. התרשים שלמטה מציג את היקפי האוכלוסייה בשנת היעד, אשר תישען על בתי החולים הקיימים ("תרחיש עסקים כרגיל"). ניתן ללמוד ממנו כי ביה"ח מאיר (המשרת את דרום השרון והמשולש) וביה"ח אסף הרופא (המשרת את אזור מודיעין ומודיעין עילית) צפויים לשרת היקפי אוכלוסייה משמעותיים, וכי חלק משמעותי מהאוכלוסייה הנשענת עליהם מגיע ממרחק הגדול מ-15 ק"מ.

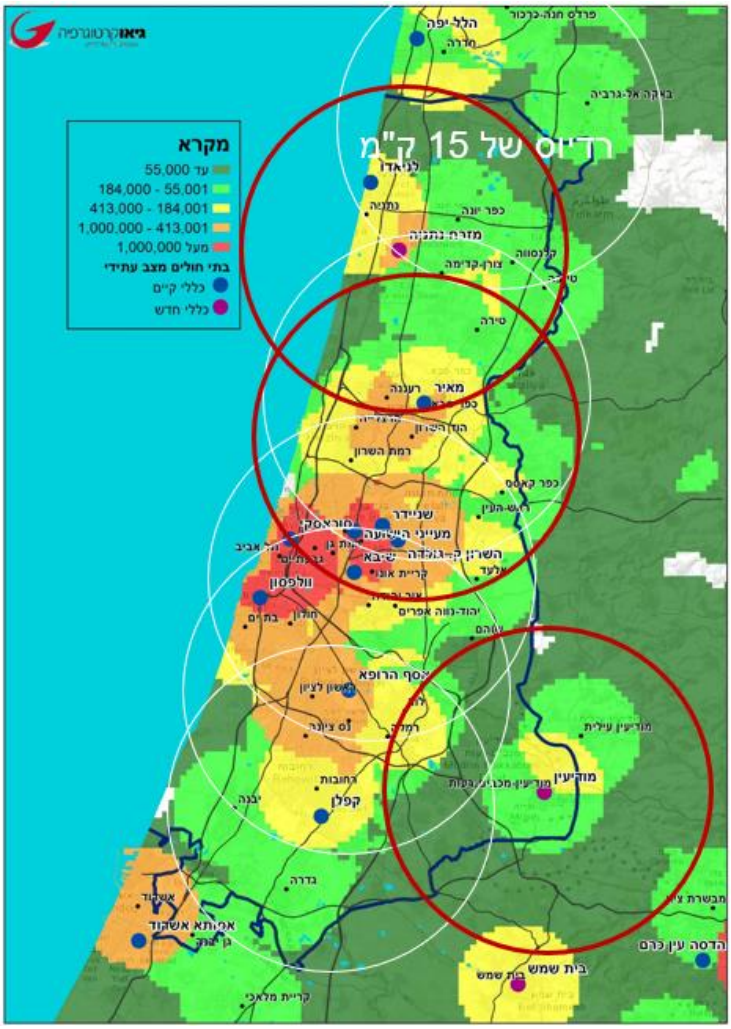


בחינת מדד מספר מיטות ל-1,000 נפש ללא תוספת של בתי חולים חדשים מראה את העומס הצפוי על בתי החולים: בבתי החולים לניאדו, אסף הרופא, וולפסון מאיר והלל יפה תהיה כמות מיטות מועטת (עד ל- 1.5 מיטות ל 1,000 נפש) ביחס לאוכלוסייה הנשענת עליהם.



סימולציה – השוואת רמת השירות בתרחישי פיתוח

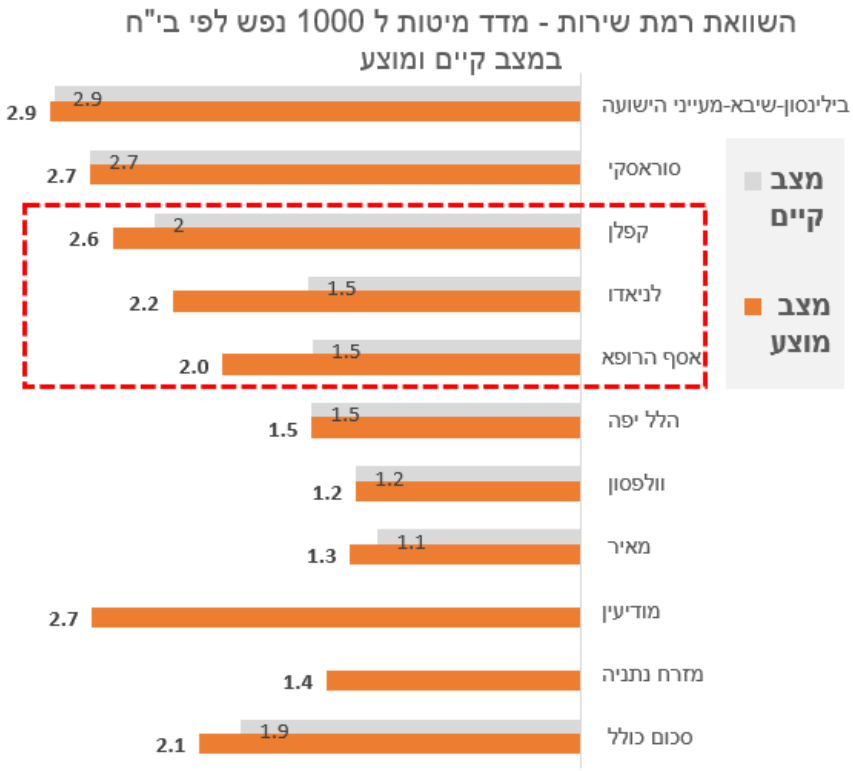
בהתבסס על הפערים שגילה ניתוח רמת השירות שהוצג כאן, מציעה התוכנית כי **הקמת בתי חולים כלליים משולבים במחוז המרכז באזור מודיעין, במזרח נתניה ואזור תע"ש הוד השרון**. בתי חולים אלו ימלאו את הפערים הקיימים כיום בכיסוי המערכת, ויספקו שירות לריכוזי האוכלוסייה החזויים שיסבלו מטווחי שירות ארוכים – ונגישות נמוכה ביחס.



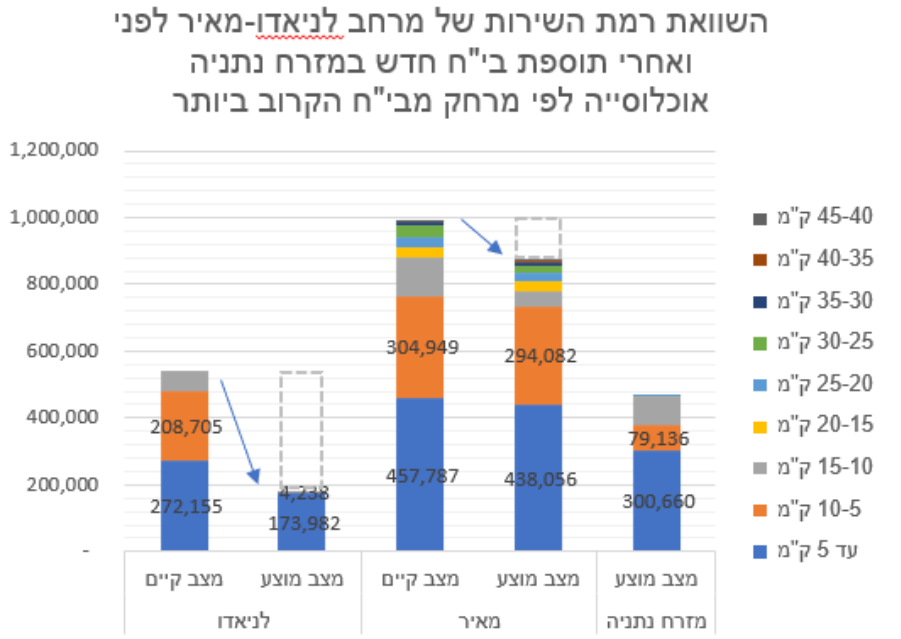
על מנת לבחון את השפעת בתי החולים הכלליים המשולבים המוצעים, נערכה סימולציה הבוחנת את רמת השרות בתרחיש תוספת של בתי החולים במיקומים המוצעים. הניתוח גילה כי תוספת בתי חולים כלליים חדשים צפויה להגדיל את היקף האוכלוסייה הנמצא ברדיוס קרוב למרכזי אשפוז – 73% מהאוכלוסייה יתגוררו במרחק של עד 5 ק"מ – שיפור במצבם של 440,000 איש לעומת המצב הקיים, ואילו 96% מהאוכלוסייה יתגוררו בטווח של 15 ק"מ ממוסד האשפוז הקרוב ביותר – שיפור של 320,000 איש לעומת המצב הקיים.

השיפור העיקרי הצפוי בתוספת בתי חולים יתבטא בעיקר בשיפור רמת השירות. תוספת בתי החולים תפזר את עומסי האשפוז הצפויים לגדול בשנת היעד, ותקל על כלל המערכת. התרשים

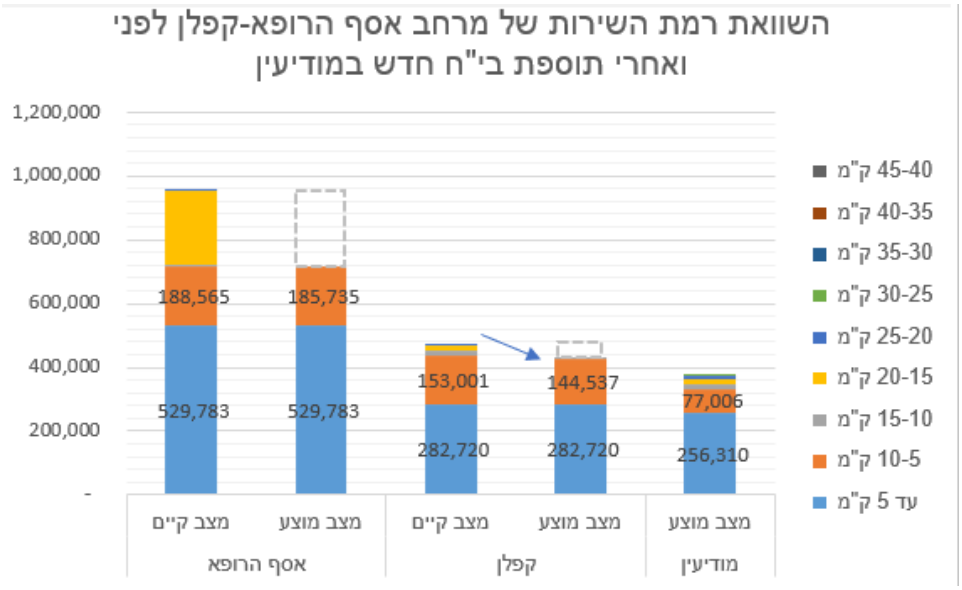
שלמטה מציג את הסימולציה לרמת השירות הנמדדת במספר מיטות ל-1,000 מטופלים הנשענים על טווח שירות ממוסדות האשפוז, בהנחת תוספת של שלושת בתי החולים במיקומים המומלצים:



כעולה מהניתוח, תוספת מיטות האשפוז בבתי החולים המוצעת תשפיע במיוחד על רמת השירות והעומס הצפויים בבתי החולים אשר במצב הנוכחי מכסים על נקודות התורפה במערכת: בבי"ח לניאדו – המשרת את ריכוזי האוכלוסייה הצפויים במרחב עוטף נתניה - תהיה עליה מרמת שרות של 0.7 מיטות ל-2.6 מיטות לכל 1,000 נפש באוכלוסייה המשורתת. עליה דומה – אם כי דרמטית פחות - ברמת השרות צפויה גם בביה"ח מאיר המשרת את אותו המרחב. התרשים למטה מסביר את השיפור הצפוי עם תוספת בית חולים חדש במזרח נתניה, ומראה כיצד חלוקת העומס החדשה משפרת את רמת השרות בכלל המרחב.

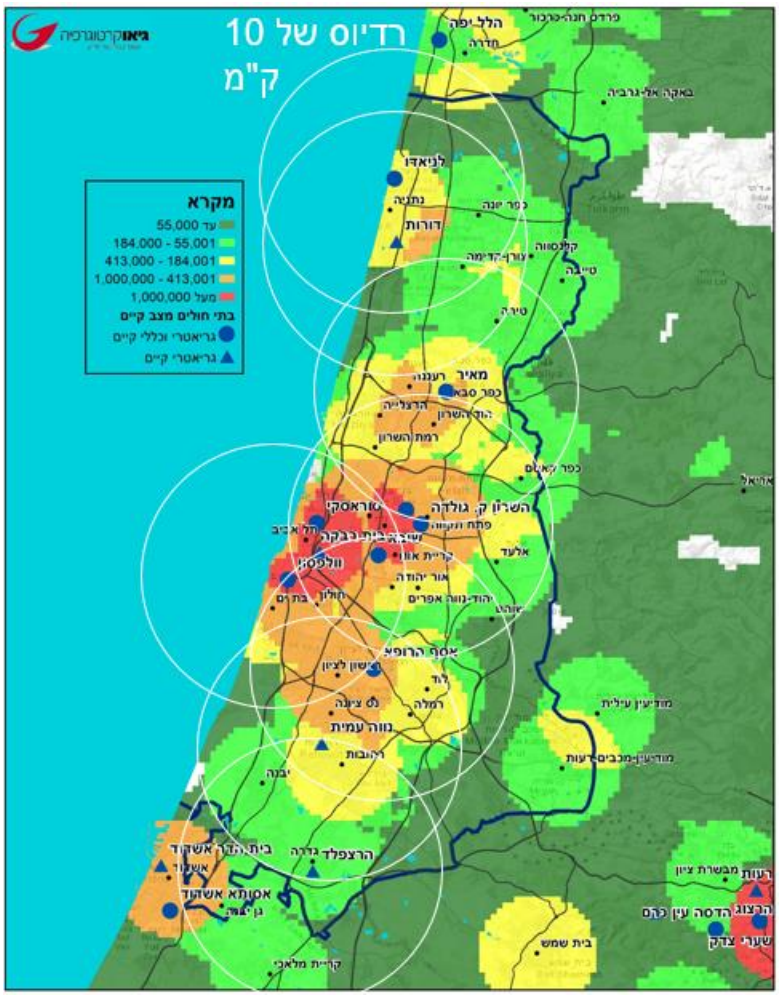


בביה"ח קפלן ואסף הרופא – אשר ללא תוספת בית חולים במודיעין ימשיכו לשרת את ריכוזי האוכלוסייה הגדולים הצפויים להתגורר סביבה - תשתפר רמת השירות מ-2 מיטות ל-2.6 מיטות ומ- 1.5 ל-2 מיטות לאלף נפש בהתאמה. התרשים שלמטה מציג את חלוקת העומס ואת השיפור בנגישות וברמת השירות הצפויים עם תוספת בית חולים במודיעין:

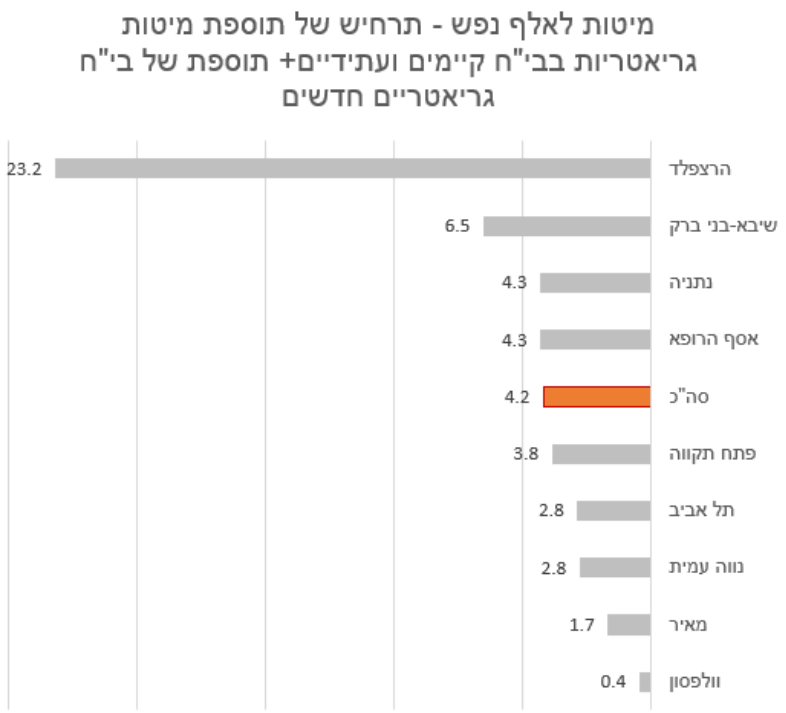


ניתוח רמת השירות של בתי החולים לגיל השלישי במחוז

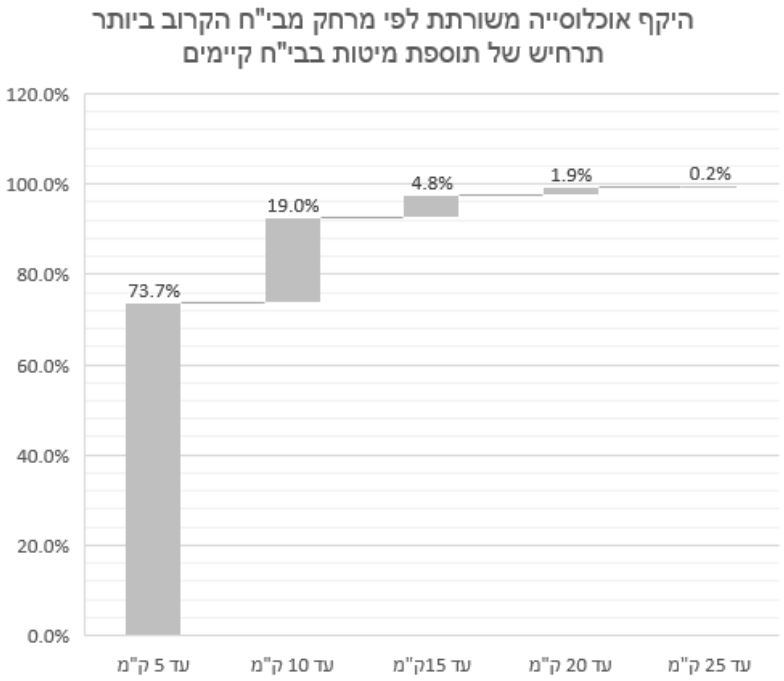
פריסת שרותי האשפוז הייעודיים לגיל השלישי - בבתי חולים כלליים ובמרי"גים הקיימים כיום – המוצג במפה מטה, מראה כי הכיסוי מבחינת המרחק ממוסד האשפוז הוא טוב ו-93% מהאוכלוסייה מתגוררת במרחק של עד 10 ק"מ ממרכז האשפוז הייעודי הקרוב ביותר. עם זאת, נראה כי ישנם מקומות רבים בהם היקף המיטות נמוך ביחס לאוכלוסייה הצפויה.



כעולה מפריסת האוכלוסייה החזויה, גם באשפוז לגיל השלישי קיימים פערים בנגישות באזור המשולש ובאזור מודיעין עילית. בנוסף, כפי שמראה התרשים שלמטה, בצפון גוש דן (אזור כפר סבא-הרצליה) הנשען על ביה"ח מאיר יהיה היקף המיטות נמוך ביחס לאוכלוסייה החזויה, כמו גם בדרום הטבעת הפנימית של המטרופולין (אזור בת ים-חולון).



כפי שהוצג בפרק הדן בחלופות פרוגרמתיות לאשפוז לגיל השלישי, חלק מהמענה לעליה בביקושים יהיה בפיתוח מחלקות גריאטריות ואגפים ייעודיים בבתי החולים המשולבים הקיימים. אולם ניתוח של רמת השרות והנגישות לאוכלוסייה בשנת היעד גם עם תוספת שרותי אשפוז לגיל השלישי בכל המוסדות הקיימים, מעלה כי השיפור ברמת השירות יהיה חלקי בלבד וכי במקומות רבים היקף המיטות עדיין יהיה נמוך ביחס להיקף האוכלוסייה הצפויה:

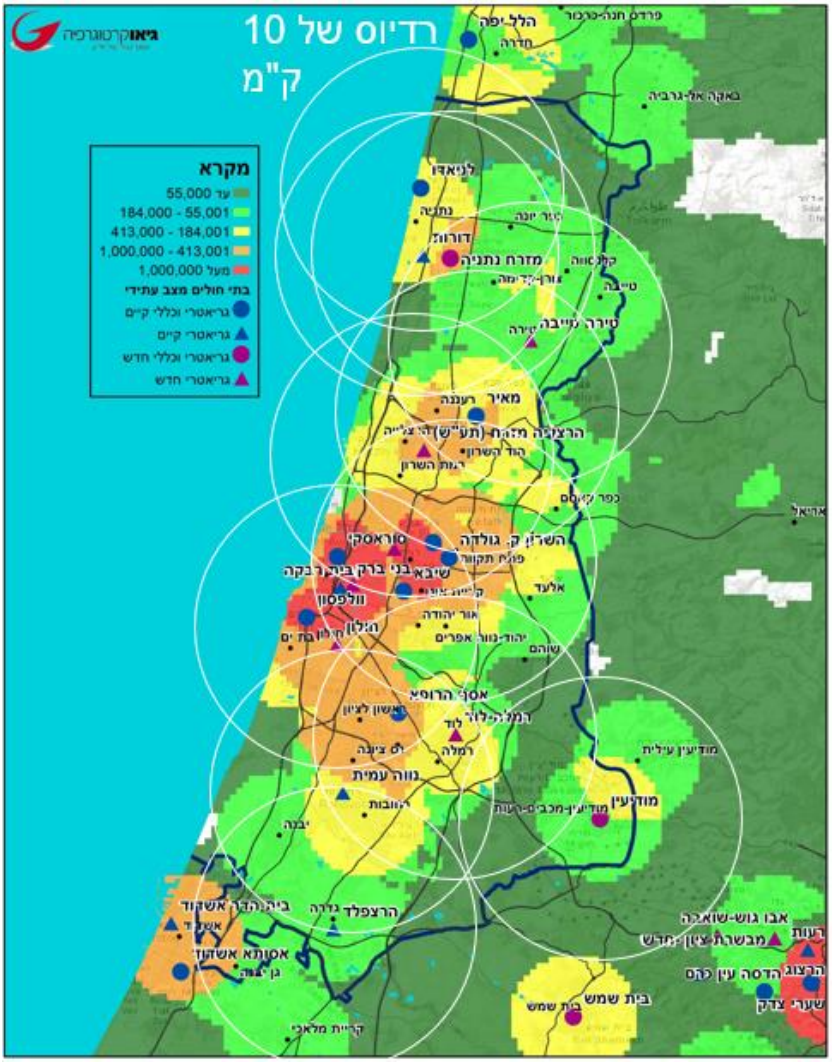


הניתוח המרחבי מעלה כי גם במחוזות תל אביב והמרכז נדרש פיתוח מרכזי אשפוז חדשים לגיל השלישי – בעיקר בשל תחזית הביקוש הרב לשרותי אשפוז גריאטרי המבוססות על תחזית

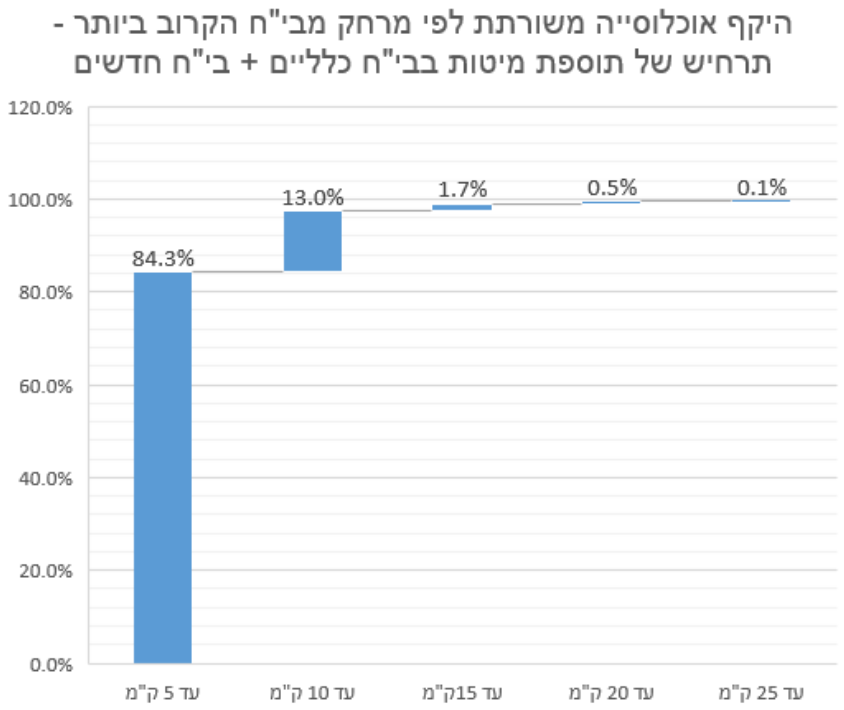
התפלגות גילים של האוכלוסייה במחוזות מבוגרים יחסית אלו. לפיכך ממליצה התכנית על פיתוח מערכת האשפוז לגיל השלישי, תוך שימת לב לפערים שנתגלו בהיקף מיטות האשפוז האקוטי לגיל השלישי ובנגישות אליהם. כמו כן מדגישה התוכנית את הצורך בפיתוח מרכזי אשפוז עבור קבוצות תרבות שונות (לפי עקרון aging in place), ולאפשרות הקצאת הקרקע הנדרשת להבטחת הקמת מוסדות אלה במטרופולין צפוף ומצטופף.

סימולציה – השוואת רמת השירות בתרחישי פיתוח

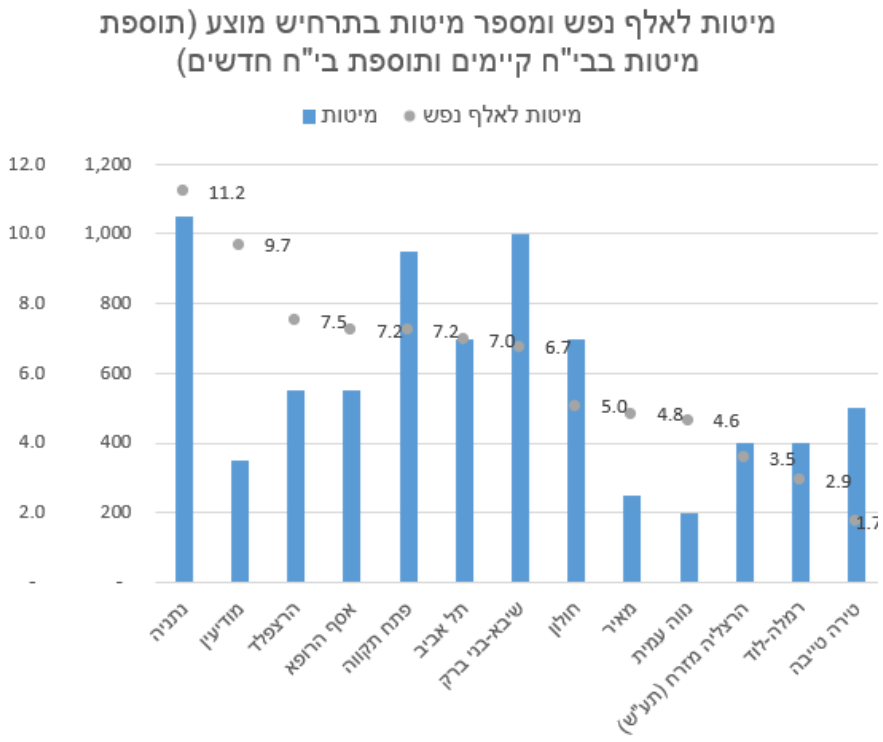
בהתבסס על ניתוח פריסת האוכלוסייה ורמת השרות החזויים, מוצע כי מרג"ים יוקמו באזורים: **טייבה/טירה, לוד/רמלה, בני ברק, כפ"ס, רמה"ש וחולון.** בנוסף ריכוז האוכלוסייה באזור מודיעין ישורת באגף גריאטרי ייעודי בבית החולים הכללי החדש שהתכנית ממליצה על הקמתו שם.



על מנת לאמוד את השלכות התוספת המוצעת למערכת האשפוז לגיל השלישי, נערכה סימולציה של רמות השרות החזויות לפי אוכלוסייה הנשענת על טווחי שירות של מוסדות האשפוז (בבתי חולים כלליים ובמר"גים) בשנת היעד. הסימולציה מראה שיפור בנגישות - היקף האוכלוסייה שתתגורר במרחק של עד 5 ק"מ ממרכז האשפוז הייעודי הקרוב ביותר יעלה מ-74% ל-84%, ואילו בטווח של 10 ק"מ יהיה השיפור מ-94% מהאוכלוסייה ל-97% מהאוכלוסייה, כעולה מהתרשים שלמטה:



השיפור המשמעותי חזוי ברמת השירות מבחינת מיטות לנפש: בסה"כ ישפר פיתוח המערכת המומלץ את רמת השרות בשני המחוזות מ-4.2 מיטות ל-1,000 נפש ל-7.6 מיטות ל-1,000 נפש. ניתוח ממוקד של רמת השרות לפי אזורים – המוצג בתרשים שלמטה – מראה את ההתפלגות במרחב ומדגיש את רמת השירות הטובה באזור נתניה (הנשען על מר"ג דורות) ובאזורים המרכזיים פתח תקווה ובקעת אונו, המכוסים על ידי מספר מוסדות. כצפוי, באזורים המצויים בשולי המטרופולין וסמוכים למוסד בודד תהיה רמת השרות נמוכה יותר – אולם יש לזכור כי גם בהם מרחקי הנסיעה למרכזי אשפוז אחרים הם קצרים ביחס.



תיאור החלופה הנבחרת

אשפוז כללי:

מערכת מוסדות האשפוז במחוזות מרכז ותל אביב משלימות אחת השנייה. כיום בשני המחוזות ישנם מספר בתי חולים אשר נחשבים כבתי חולים על: **במחוז מרכז בי"ח בילינסון ובמחוז תל אביב בתי החולים איכילוב-סוראסקי ושיבא-תל השומר**. בתי חולים אלו כוללים מגוון שירותי רפואה נרחבים ביותר, כולל מענה לשעות חירום, ומהווים מרכזי בריאות ייחודיים הנותנים שירות רפואי לכלל תושבי המדינה. במחוז מרכז, קיימים 6 בתי חולים כלליים – **רבין ק. בילינסון, השרון ק. גולדה, אסף הרופא, מאיר, קפלן ולניאדו**. כמו כן קיים **בי"ח שניידר** המתמחה ברפואת ילדים ומהווה מרכז ארצי ייחודי לאשפוז זה. במחוז תל אביב קיימים 4 בתי חולים כלליים: **שיבא-תל השומר, איכילוב-סוראסקי, וולפסון ומעייני הישועה**.

עיקר הפיתוח העתידי למיטות האשפוז הכללי יינתן במסגרת בתי החולים הקיימים – **במחוז מרכז בבתי חולים: רבין - הכולל את בילינסון, שניידר, השרון גולדה, אסף הרופא המורחב, בי"ח מאיר ובי"ח קפלן**.

במחוז תל אביב בבתי החולים: שיבא-תל השומר, איכילוב-סוראסקי ו-וולפסון.

בנוסף, מתוכננים **במחוז מרכז - 3 בתי חולים כלליים משולבים**: **בי"ח חדש באזור מזרח נתניה, בי"ח משולב באזור תע"ש הוד השרון ובי"ח בעיר מודיעין**. הפריסה המערכתית המוצעת לבתי החולים הקיימים והמתוכננים תאפשר שיפור נוסף במתן השירות הן בהיקף המיטות והן בנגישות גבוהה יותר למגוון שירותי אשפוז נדרשים בשני המחוזות המאופיינים בריכוזי אוכלוסייה משמעותיים מאוד.

במחוז תל אביב מתוכננת תוספת מיטות אשפוז כללי וגריאטרי/שיקומי כשלוחות לבי"ח סוראסקי/איכילוב בעיר תל אביב.

בתי החולים הקטנים יחסית לניאדו ומעייני הישועה, אשר אפשרויות הפיתוח שלהם מוגבלות, ישמרו על גודלם הנוכחי וימשיכו בתפקודם כמוסדות עירוניים המשולבים בקהילה.

אשפוז לגיל השלישי והרביעי (מר"גים):

במחוז מרכז קיימים כיום 5 בתי חולים לאשפוז אקוטי גריאטרי (מר"גים): **דורות, בית רבקה, הרצפלד, שמואל הרופא ונווה-עמית.** כמו כן, קיימים במחוז 306 מיטות אשפוז אקוטיות במוסדות גריאטריים פרטיים. במחוז תל אביב קיים **בי"ח רעות** המתמחה בגריאטריה ושיקום. כמו כן, קיימים במחוז 451 מיטות אשפוז אקוטיות במוסדות גריאטריים פרטיים.

נוכח אופי וכמות האוכלוסייה בשני המחוזות נדרשת היערכות לביקושים הקיימים והעתידיים של הרפואה האקוטית לגיל השלישי והרביעי. התכנית מציעה פרישת מערך שירותים אלה בהתאם לפרישת אוכלוסייה עתידית במספר ריכוזי אוכלוסייה עירוניים ואזוריים. מרכזי האשפוז לגיל השלישי (מר"גים) המוצעים **במחוז מרכז : בטירה, בכפ"ס (במתחם בי"ח מאיר), רמלה, ראשל"צ ופ"ת במחוז תל אביב מוצע להקים מרג"ים בערים: רמה"ש ות"א – שני מיקומים בעיר ת"א: נווה שרת מזרח ומתחם אורות**.

בנוסף, נסמכת החלופה על פיתוח מערכת תומכת של מוסדות בריאות בינוניים וקטנים בקהילה, אשר אליהם ינותב האשפוז הכרוני הארוך בנוסף על אשפוז בבית החולה, אשר יאפשר לבתי החולים להתמקד ברפואה אקוטית.

אשפוז פסיכיאטרי:

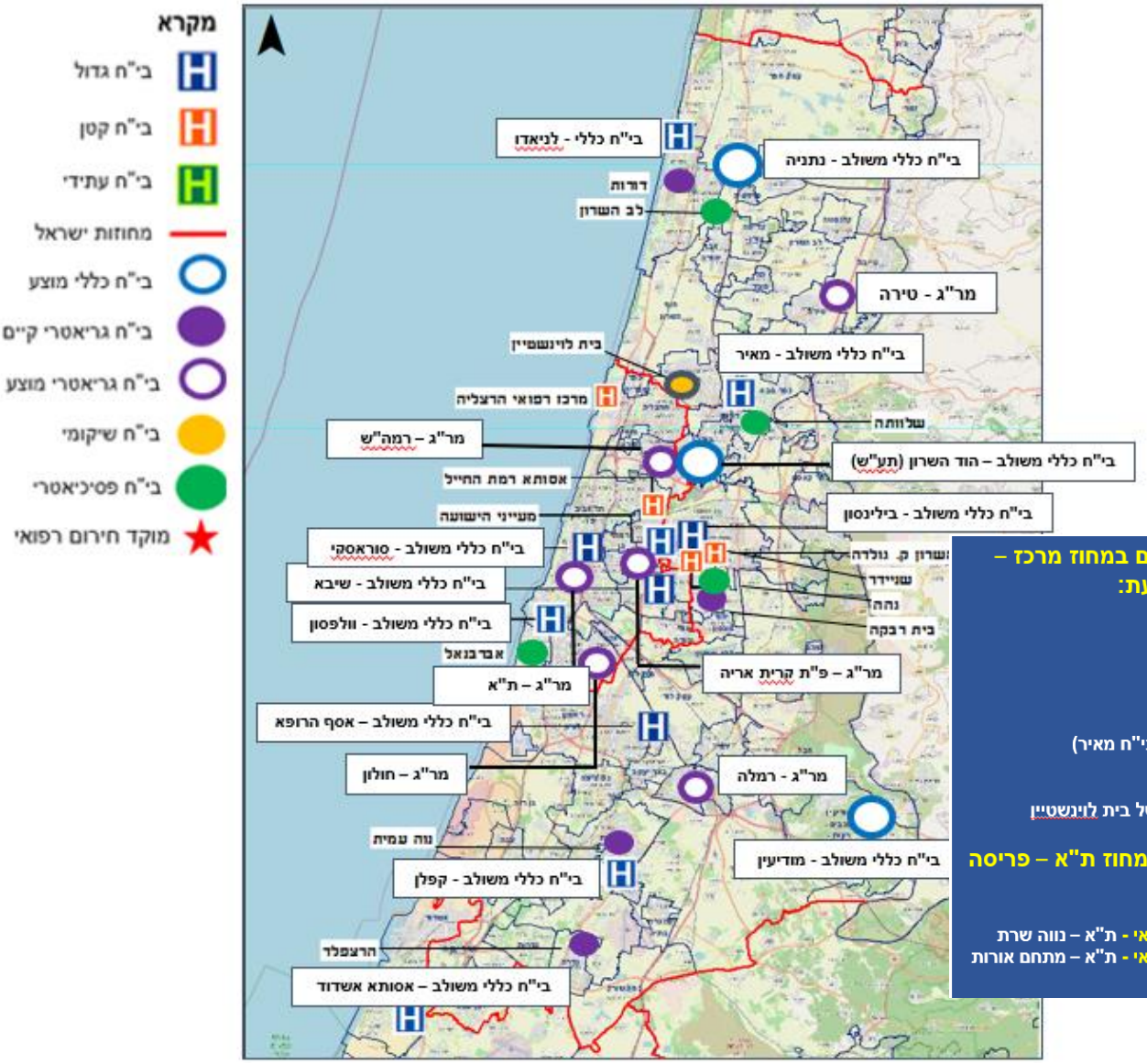
בהתאם למדיניות משרד הבריאות הטיפול והאשפוז הפסיכיאטרי עובר בחלקו הגדול לקהילה. מחלקות לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים. במחוז מרכז יועבר **בי"ח באר יעקב למתחם בי"ח אסף הרופא-שמיר.** בשני המחוזות לא יפותחו מוסדות נוספים מעבר לקיים.

אשפוז שיקומי:

במחוז מרכז קיים **בי"ח בית לוינשטיין** המתחמה באשפוז שיקומי. ביה"ח הוא המרכז השיקומי הגדול בישראל ונותן שירות לכלל תושבי המדינה. כמו כן, במחוז תל אביב קיים ביה"ח רעות אשר מתמחה בטיפול שיקומי. בנוסף, **בבי"ח שיבא-תל השומר** קיימת מחלקה משמעותית של שיקום כחלק מהפעילות המשולבת של ביה"ח.

מחלקות לאשפוז שיקומי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים. בי"ח בית לוינשטיין צפוי לעבור פיתוח משמעותי ולהמשיך להוות כמרכז שיקום כלל ארצי.

פרישת מערכת בתי החולים במחוזות מרכז ותל אביב:



בתי חולים חדשים מוצעים במחוז מרכז – פריסה מוצעת:

1. בי"ח כללי – מזרח נתניה
2. בי"ח כללי – מודיעין
3. בי"ח כללי – תע"ש הוד השרון
4. בי"ח גריאטרי – טירה
5. בי"ח גריאטרי - רמלה
6. בי"ח גריאטרי כפ"ס (במתחם בי"ח מאיר)
7. בי"ח גריאטרי – ראשל"צ
8. בי"ח גריאטרי – פ"ת
9. בי"ח שיקומי – הרחבה ניכרת של בית לוינשטיין

בתי חולים חדשים מוצעים במחוז ת"א – פריסה מוצעת:

1. בי"ח גריאטרי ומוקד חירום רפואי - ת"א – נווה שרת
2. בי"ח גריאטרי ומוקד חירום רפואי - ת"א – מתחם אורות
3. בי"ח גריאטרי – רמה"ש

ה. פיתוח מערכת מוסדות האשפוז במחוז דרום - פרוגרמה משולבת לכל סוגי האשפוז:

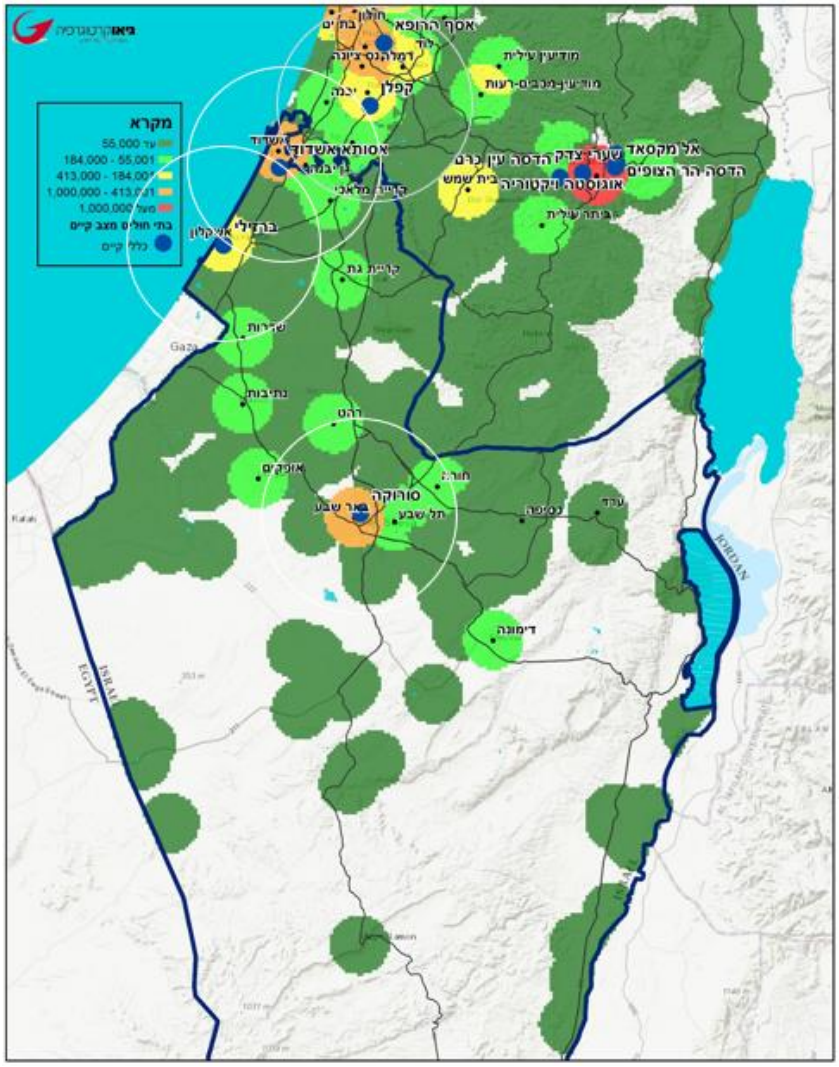
על בסיס חלופת הפרוגרמה הנבחרת (חלופת C) וניתוח תוכניות הפיתוח בשטחים הקיימים למוסדות אשפוז במחוז דרום נדרשות סה"כ 9,202 מיטות אשפוז לכלל סוגי האשפוז; מהן 4,952 מיטות בבתי חולים קיימים כאשר רובן המכריע הינן מיטות לאשפוז כללי. כמו כן, נדרשות 4,250 מיטות אשפוז בבתי חולים חדשים מהן 1,500 מיטות גריאטריות לטיפול אקוטי בבתי חולים לגיל השלישי [מר"גים] לפי החלוקה הבאה[80]:

סוג אשפוז	היצע מיטות קיים	ביקוש צפוי למיטות אשפוז לשנת היעד	סה"כ מיטות מתוכננות בבתי החולים הקיימים	סה"כ מיטות בבתי חולים חדשים
כללי	**2,017**	**5,250**	**3,150**	**2,100**
גריאטרי	**374**	**2,442** (אקוטי בלבד)	**942**	**1,500**
שיקומי	**128**	**485**	**285**	**200**
פסיכיאטרי	**352**	**1,025**	**575**	**450**
סה"כ	**2,871**	**9,202**	**4,952**	**4,250**

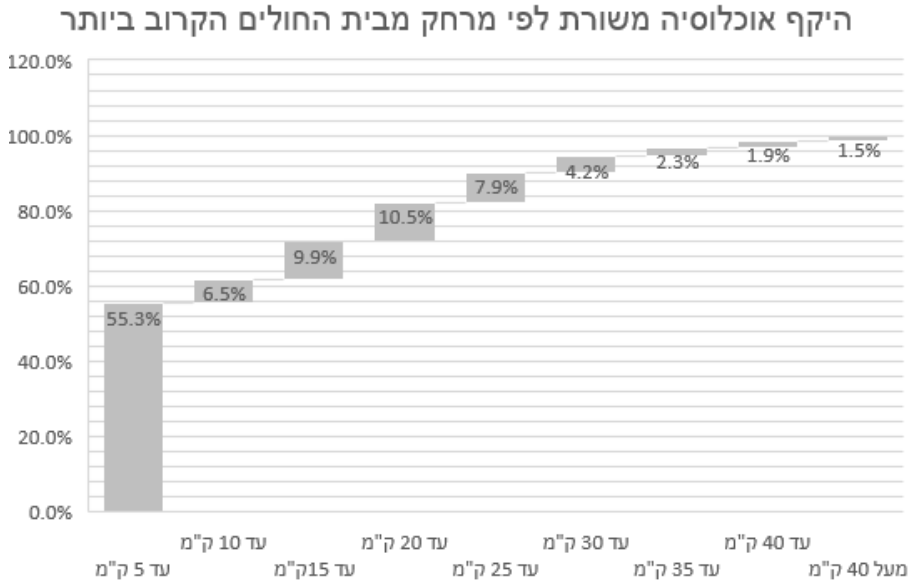
ניתוח רמת השירות של בתי החולים הכלליים במחוז

במפה מוצגת פריסת האוכלוסייה החזויה לשנת היעד במחוז, ומסומן טווח השירות (15 ק"מ) של בתי החולים הקיימים בו כיום. הניתוח המרחבי של טווחי השירות מראה את ריכוזי האוכלוסייה העתידיים המרובים המצויים מחוץ לטווח השירות של המערכת הקיימת: המקבץ העירוני המתפתח סביב קרית גת, מקבץ שדרות-נתיבות -אופקים המשורתת רק בקצהו הצפוני בבית החולים ברזילי, מקבץ הישובים המתפתח סביב רהט, ודימונה הצפויה לגדול עד לשנת היעד. יש לציין כי במחוז הדרום, המאופיין בשטח גדול ובפריסת אוכלוסייה דלילה, יהיו ישובים מרובים נוספים אשר לא ימצאו בטווח של 15 ק"מ ממוסד אשפוז – הניתוח המרחבי מתמקד במקבצי האוכלוסייה האינטנסיביים שמצויים מחוץ לטווח שירות.

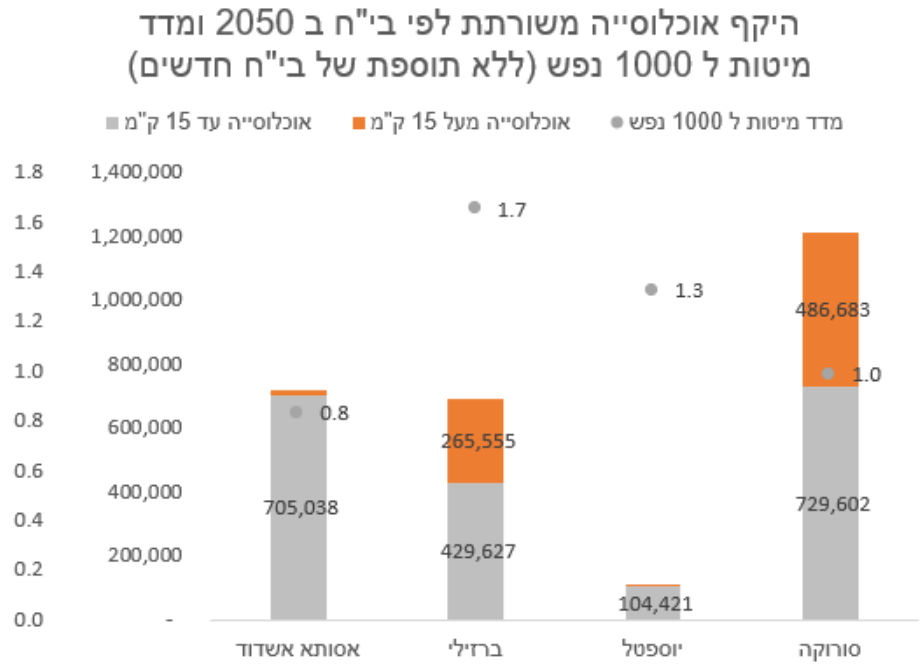
[80] במיטות אישפוז



ניתוח ריכוזי האוכלוסייה בהתבסס על פריסת בתי החולים הקיימת מראה כי בעוד 72% מהאוכלוסייה מתגוררת במרחק של עד 15 ק"מ (קו אווירי) ממוסד אשפוז קיים, שיעור גבוה של האוכלוסייה (כ-18%) מצוי בטווח שבין 15 ל-20 ק"מ מבית חולים.



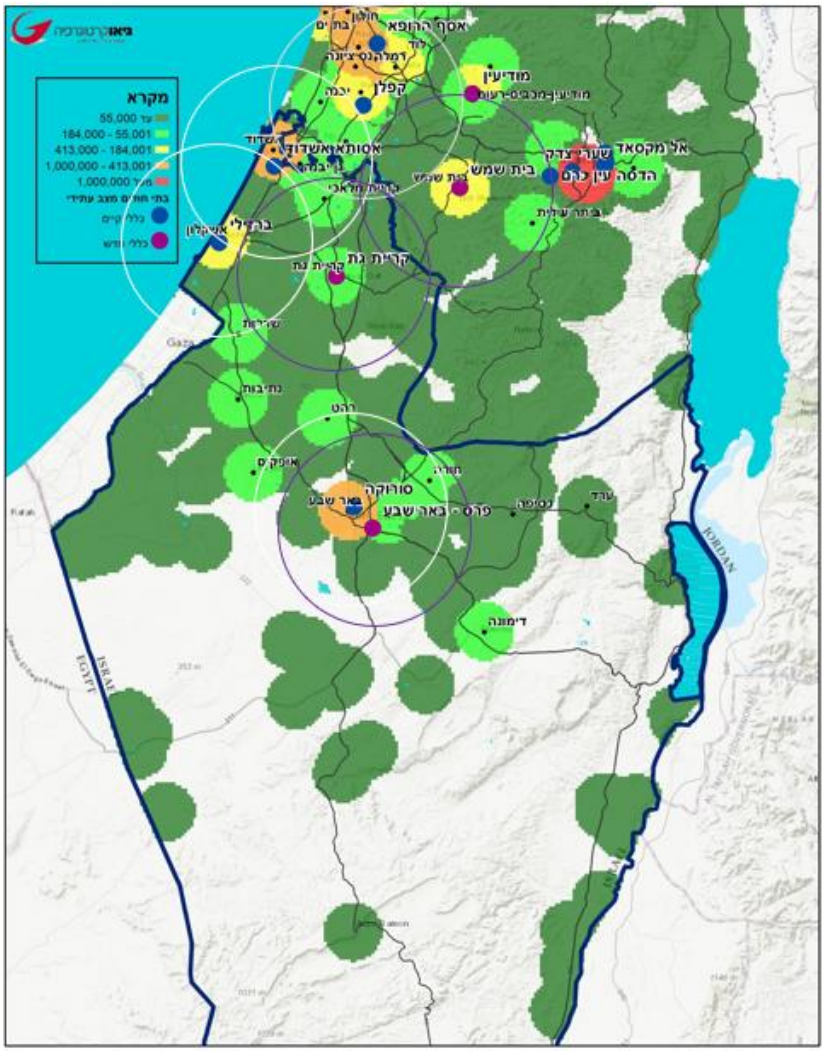
בשנת היעד ישרתו בתי החולים הכלליים במחוז הדרום אוכלוסייה בת כ-2.8 מליון נפש. מתוכה – ללא תוספת בתי חולים כלליים – 1.2 מיליון איש ישורתו על ידי בית החולים סורוקה. כפי שניתן לראות בניתוח היקפי האוכלוסייה המשורתים המוצג בתרשים שלמטה, גידול האוכלוסייה יגדיל את העומס על סורוקה ויביא לרמת שרות נמוכה – (1.0 מיטות ל-1,000 נפש). בנוסף, ניתן לראות כי בתי החולים סורוקה וברזילי משרתים היקפי אוכלוסייה משמעותיים, וכי חלק ניכר מהאוכלוסייה אותה משרתים בתי החולים הללו מגיע ממרחק משמעותי הגדול מ-15 ק"מ. ביה"ח אסותא אשדוד, בדופן הצפוני של המחוז, מצוי באזור מגורים אינטנסיבי ולפיכך משרת בעיקר אוכלוסייה המגיע מסביבתו הקרובה. אמנם מדד השירות של בית החולים נמוך, אולם הוא נהנה מסמיכות לבתי חולים נוספים (ברזילי מדרום וקפלן מצפון) אשר ימתנו את העומס הצפוי עליו.



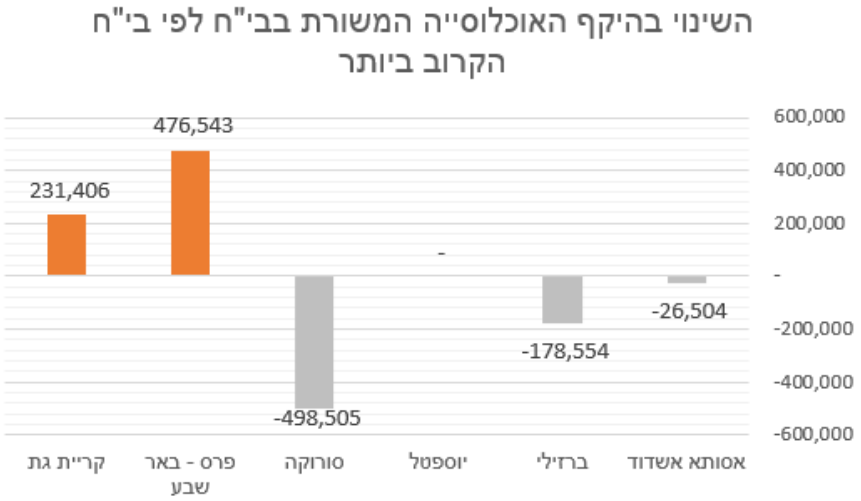
על בסיס החוסרים הצפויים בשרות שנתגלו בניתוח, ובהנחת מימוש המרכז הרפואי פרס בדרום באר שבע מציעה התכנית תוספת בית חולים כללי משולב בקריית גת. כמו כן התוכנית מציעה פיתוח נוסף של מוקדי רפואת חרום – חלקם בשילוב עם מר"גים (ראו הסעיף הבא) לשיפור הנגישות לשירותים רפואיים בכלל המרחב.

סימולציה – השוואת רמת השירות בתרחיש פיתוח

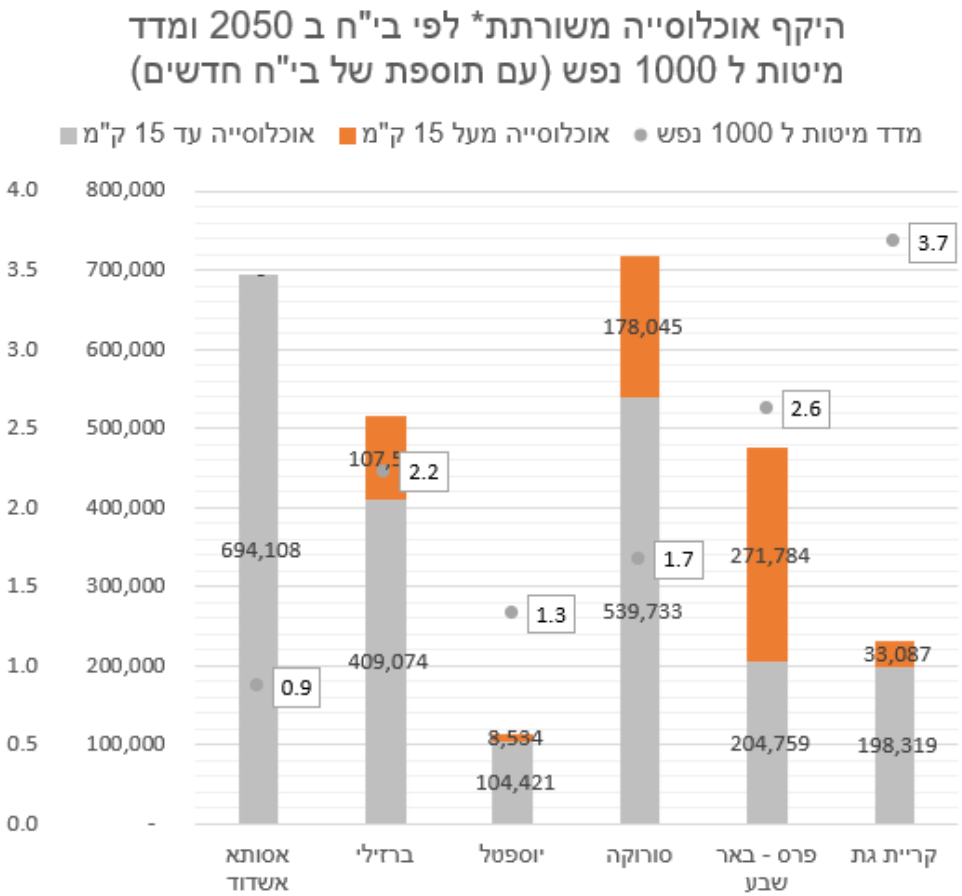
על מנת לבחון את השפעת מערכת האשפוז הכללי המוצעת נערכה סימולציה לבחינת רמת השירות והנגישות עם תוספת המרכז הרפואי פרס בבאר שבע ובית חולים כללי נוסף בקרית גת. המפה שכאן מציגה את הנגישות החזויה – כיסוי טווחי שירות – עבור פריסת האוכלוסייה העתידית.



ניתן לראות כי תוספת בתי החולים המוצעת בבאר שבע ובקריית גת מייצרת שינוי משמעותי במרחב מבחינת רמת השירות והעומס הצפוי על בתי החולים. ניתוח היקפי האוכלוסייה הנשענת על בתי חולים – קיימים ומוצעים – לפי בית החולים הקרוב ביותר מראה כי בית החולים החדש בבאר שבע יסייע בהקלת העומס החזוי על בית החולים סורוקה וימשוך ממנו כ-500,000 מטופלים, ואילו בית החולים החדש בקריית גת ימשוך אליו אוכלוסייה מעל 200,000 נפש שהייתה נשענת על בית החולים ברזילי וישפר בו את רמת השירות. תוספת של בית חולים חדש בקריית גת תשפר במידת מה את הנגישות לשרותי אשפוז – עבור כ-200,000 נפש הצפויים להתגורר בקריית גת וסביבה בשנת היעד.



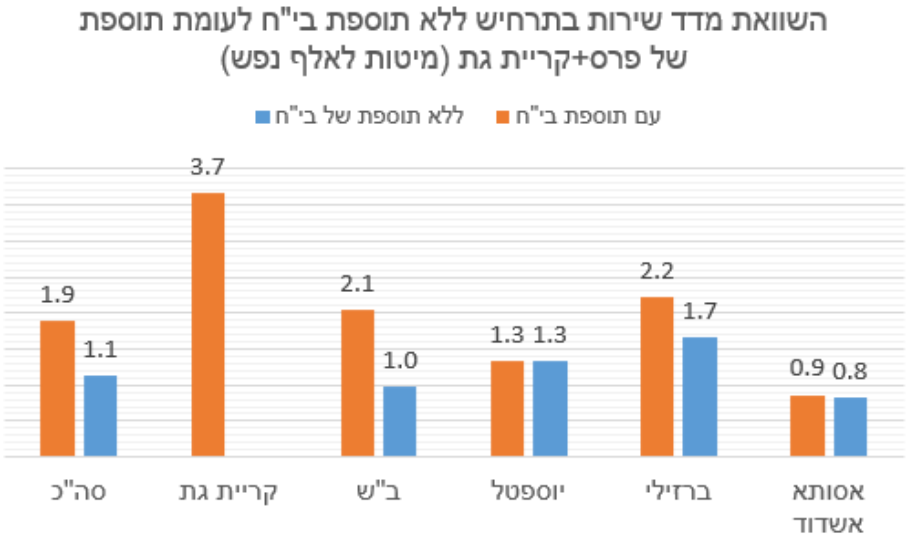
בסך הכל, בתוספת שני בתי חולים כלליים צפויים בית החולים ברזילי ובית החולים החדש בקרית גת לשרת יחדיו כ-750,000 נפש, כאשר בית החולים בקריית גת ישרת בעיקר אוכלוסייה המתגוררת בטווח של 15 ק"מ ממנו ואילו בית החולים ברזילי ישרת גם אוכלוסייה המצויה מחוץ לטווח השירות המיידי שלו. שני בתי החולים הכלליים בבאר שבע ישרתו ביחד אוכלוסייה משמעותית מכלל המחוז שתגיע גם מעבר לטווח 15 הק"מ.



** כל אזור גיאוגרפי (אז"ס) שייך לבית החולים הקרוב ביותר אליו*

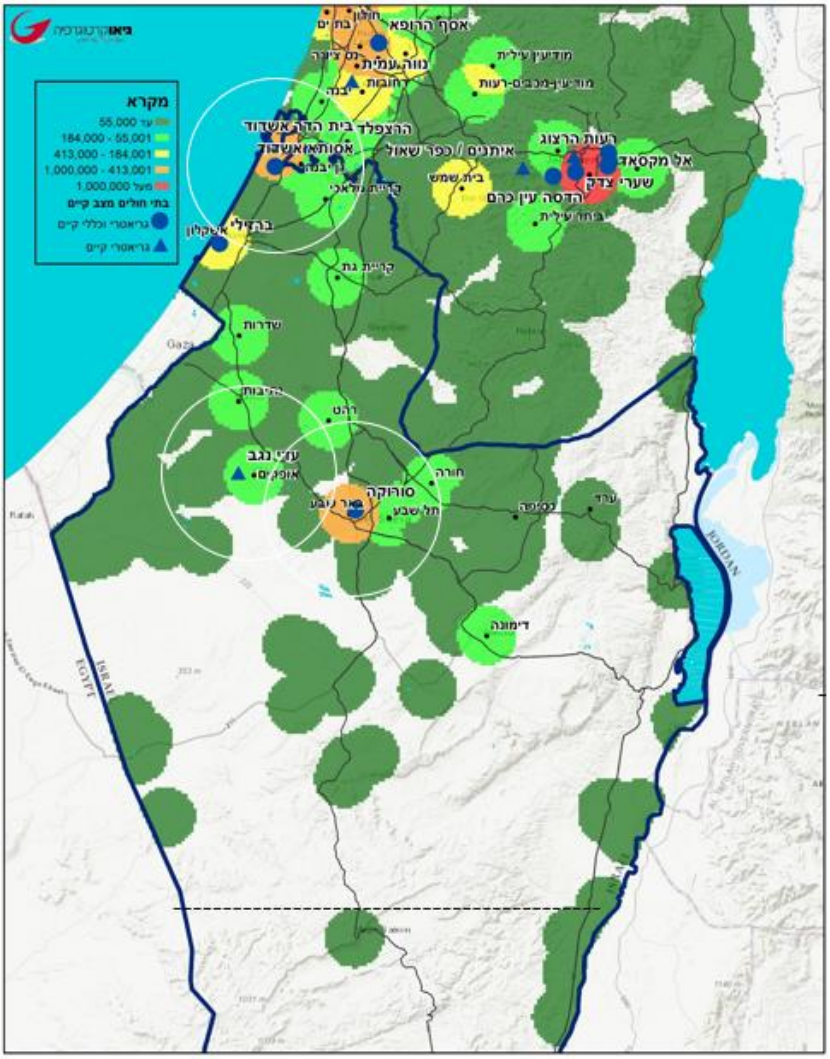
בחינת רמת השרות – מדד המיטות ל-1,000 נפש – מראה שיפור משמעותי ברמת השירות, כאשר אזור מטרופולין באר שבע עומד על 2.1 מיטות ל-1,000 נפש לעומת 1.0 ללא פיתוח מערכת האשפוז,

ביה"ח ברזילי משתפר מ-1.7 מיטות ל-1,000 נפש בתשריט "עסקים כרגיל" לרמת שרות של 2.2 מיטות ל-1,000 נפש – ובכלל המחוז יש עליה מרמת שרות נמוכה של 1.1 מיטות ל-1,000 נפש, לרמת שרות תקינה של 1.9 מיטות ל-1,000 נפש.



ניתוח רמת השירות של בתי החולים לגיל השלישי במחוז

פריסת שרותי האשפוז הייעודיים לגיל השלישי - בבתי חולים כלליים ובמר"גים –המוצגת במפה שמשמאל, מראה כי קיים כיסוי חלקי ביותר ברוב מוקדי האוכלוסייה הקיימים. במצב הנוכחי לא קיימות מיטות ייעודיות לאשפוז גריאטרי בבתי החולים הכלליים, אלא רק מספר נמוך של מיטות במרכזים בריאותיים שיקומיים כגון בית הדר אשדוד, ובית בלב בעומר. כתוצאה, הנגישות לשרותי אשפוז לגיל השלישי, ולשרותי אשפוז כלליים, במחוז הדרום שונות זו מזו. הפערים הגדולים בכיסוי לאשפוז הגריאטרי במערכת האשפוז הקיימת במחוז שהם סביב אשקלון, קריית גת, שדרות, מקבץ הישובים הבדואים צפונית לבאר שבע ודימונה. בהתבסס על הניתוח, מציעה התכנית הוספת אגפים גריאטריים בבתי החולים הכלליים החדשים (קרית גת ופרס) כמו גם פיתוח מערך האשפוז לגיל השלישי בתוספת בתי חולים לטיפול אקוטי בגיל השלישי [מר"גים] **בנתיבות, בצומת שוקת ובדימונה.**

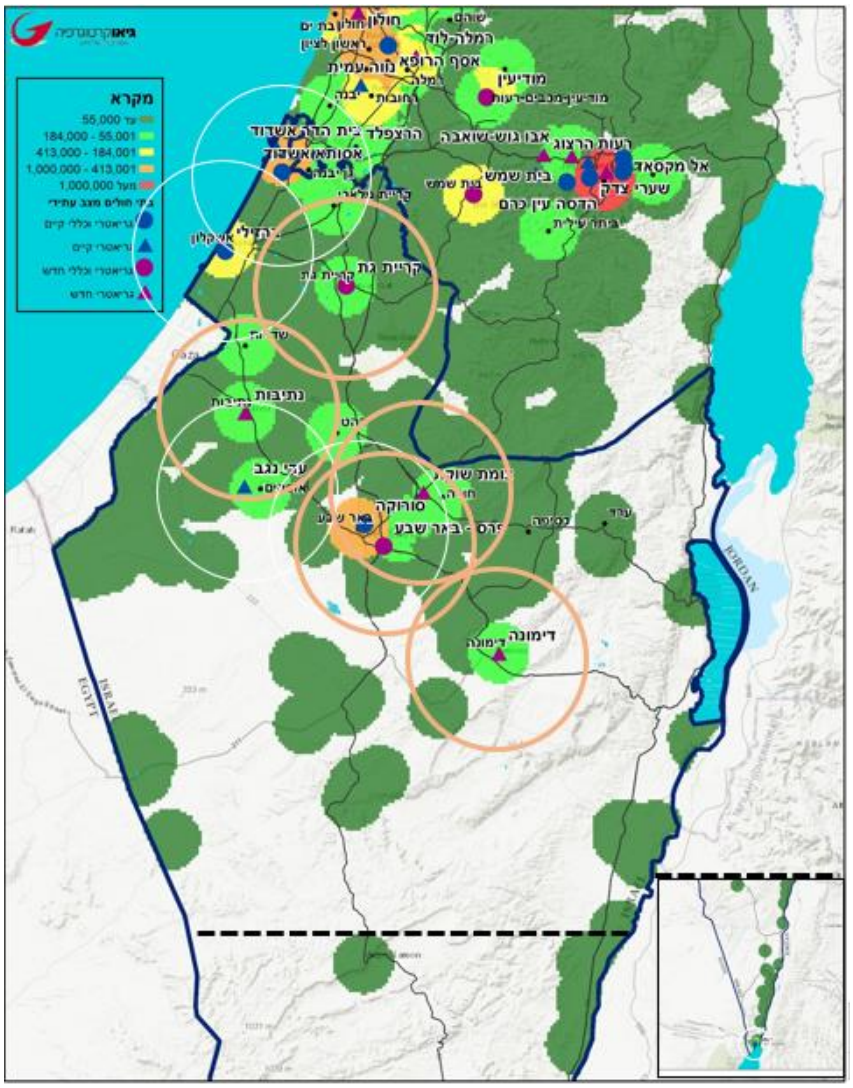


סימולציה – השוואת רמת השירות בתרחישי פיתוח

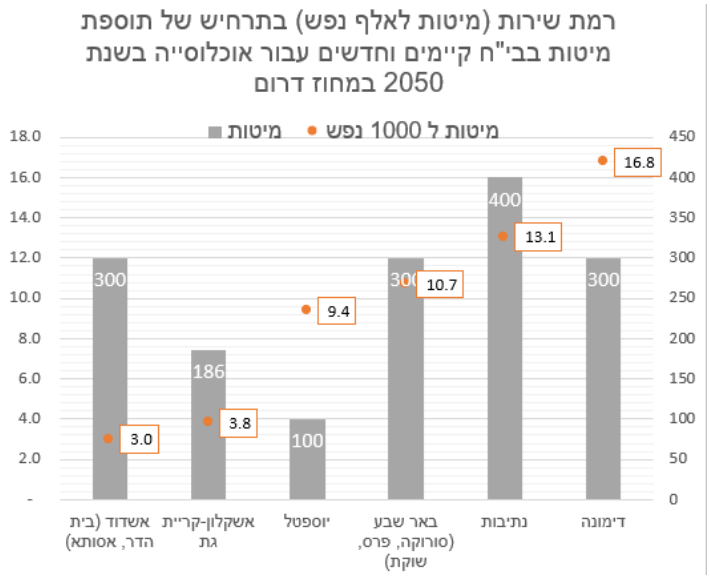
תרחיש 1 - תוספת שרותי אשפוז לגיל השלישי בבתי חולים כלליים קיימים: כפי שהוצג בפרק הדן בחלופות פרוגרמתיות לאשפוז לגיל השלישי, חלק מהמענה לעליה בביקושים יהיה בפיתוח מחלקות ואגפים יעודיים בבתי החולים המשולבים הקיימים. כעולה מניתוח הפריסה המרחבית, תוספת שרותי אשפוז לגיל השלישי בבתי חולים כלליים צפויה לשפר את הנגישות במרחב אליהם. אולם ניתוח של רמת השרות והנגישות לאוכלוסייה בשנת היעד גם עם תוספת שרותי אשפוז לגיל השלישי בכל המוסדות הקיימים, מעלה כי עדיין הנגישות תהיה חלקית בלבד – רק כ-80% מהאוכלוסייה ישורתו בטווח של עד 15%, ורק כ-90% בטווח של עד 20 ק"מ.



תרחיש 2 – תוספת שרותי אשפוז לגיל השלישי בבתי חולים כלליים קיימים ובבתי חולים מוצעים: תוספת של אגפים גריאטריים הן בבתי החולים הקיימים והן בבתי החולים החדשים המוצעים ותוספת שלושת המר"גים **בדימונה, נתיבות וצומת שוקת,** תשפר משמעותית את רמת השירות – כ-70% מהאוכלוסייה ישורתו בטווח של עד 5 ק"מ, וכ-96% מהאוכלוסייה ישורתו בטווח של עד 15%.



בחינת רמת השירות מעלה שיפור ניכר – במיצוע כלל המחוז שיפור מ-2.5 ל-6.7 מיטות ל-1,000 נפש, כאשר ניתוח רמת השירות עבור אזורים שונים במחוז המוצג למטה, מראה רמת שרות תקינה בכל האזורים. בדימונה ובנתיבות (ריכוזי אוכלוסייה קטנים יחסית) ובמקבץ באר שבע-צומת שוקת יהיה המדד גבוה יותר, כיון שעל אזורים אלו נשענת אוכלוסייה גדולה יותר מהמרחב.



תיאור החלופה הנבחרת

אשפוז כללי:

בי"ח סורוקה נותן מענה לצרכים של אזור דרום הארץ כבי"ח על הכולל מגוון שירותי רפואה רחב ביותר כולל מענה לשעות חירום. במחוז דרום, קיימים **4 בתי חולים כלליים – סורוקה, ברזילי, אסותא אשדוד ויוספטל.**

עיקר הפיתוח העתידי למיטות האשפוז הכללי יינתן במסגרת בתי החולים הקיימים כאשר בתי חולים אלו צפויים לגדול לכדי 1,000 מיטות ומעלה. תוספת המיטות בבתי החולים הללו תאפשר פיתוחם למרכזי שירותים רפואיים משולבים ומתמחים.

במחוז הדרום התכנית מציעה **2 בתי חולים משולבים חדשים; בי"ח משולב חדש בצומת עמק שרה (מרכז רפואי פרס) ובי"ח משולב בקרית גת.** הפרישה המערכתית המוצעת של בתי החולים הקיימים והמתוכננים תאפשר שיפור מתן השירות ונגישות גבוהה יותר במחוז הדרום למגוון שירותי אשפוז נדרשים.

אשפוז לגיל השלישי והרביעי (מר"גים):

במחוז דרום קיים בי"ח אחד לטיפול ואשפוז גריאטרי אקוטי באשדוד – בית הדר – אשר אינו מספק מענה מלא לדרישה לאשפוז הגריאטרי האקוטי הקיים והעתידי במחוז. נדרשת היערכות ניכרת נוכח הביקושים הקיימים והעתידיים של רפואה אקוטית לגיל השלישי והרביעי במחוז הדרום. התכנית מציעה פרישת מערך שירותים אלה בהתאם לפרישת אוכלוסייה עתידית במספר ריכוזי אוכלוסייה עירוניים ואזוריים. **מרכזי האשפוז לגיל השלישי (מר"גים) מוצעים ב: דימונה, נתיבות ובצומת שוקת.**

כמו כן, נסמכת החלופה על פיתוח מערכת תומכת של מוסדות בריאות בינוניים וקטנים בקהילה, אשר אליהם ינותב האשפוז הכרוני הארוך אשר יאפשר לבתי החולים להתמקד ברפואה אקוטית.

אשפוז פסיכיאטרי:

במחוז דרום קיים בי"ח פסיכיאטרי אחד בב"ש – מרכז בריאות הנפש ב"ש והתכנית מציעה בו פיתוח מינימלי.

בהתאם למדיניות משרד הבריאות הטיפול והאשפוז הפסיכיאטרי עובר בחלקו הגדול לקהילה. מחלקות לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים והן יהוו את עיקר המענה לטיפול ואשפוז פסיכיאטרי. במחוז דרום לא יפותחו מוסדות נוספים מעבר לקיים.

אשפוז שיקומי:

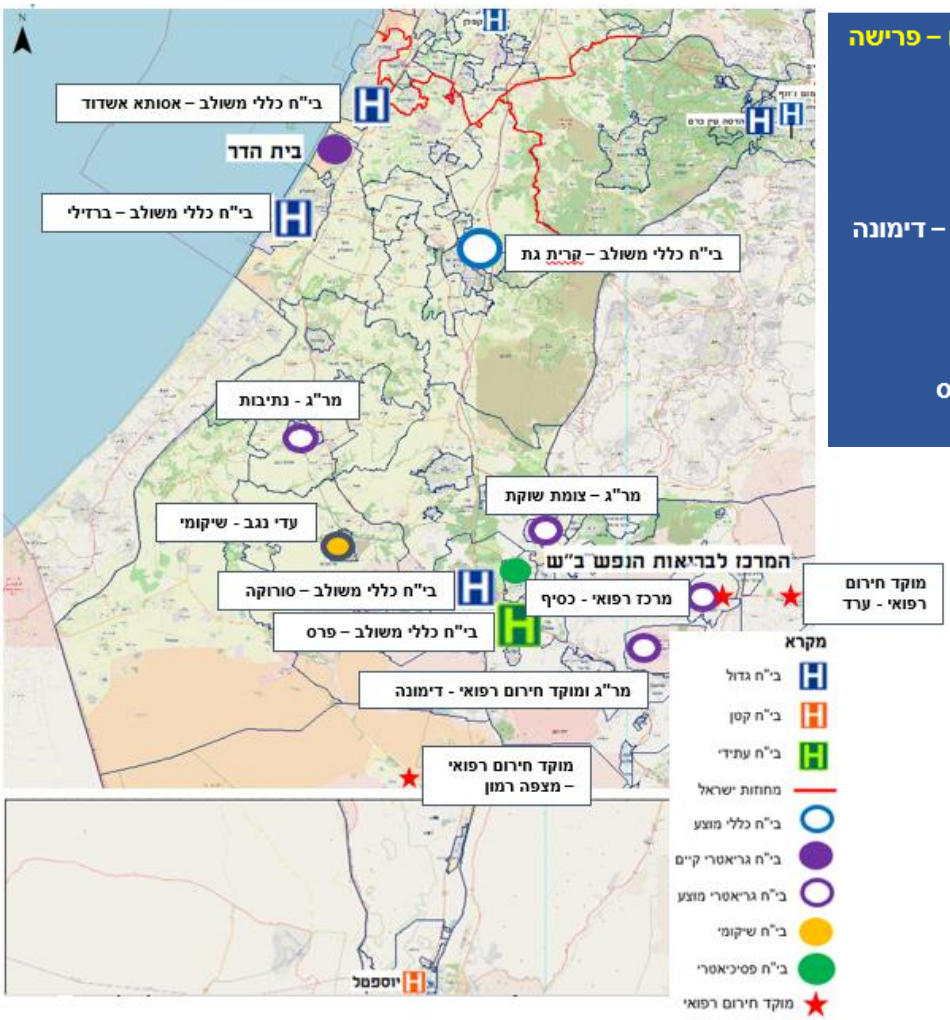
במחוז דרום קיים מוסד שיקומי אחד – עדי נגב. מוסד זה הינו מוסד ייחודי מאוד ובמתחמו כפר שיקומי עדי נגב-נחלת ערן (לשעבר עלה נגב נחלת-ערן) הממוקם בחבל אשכול. מוסד זה אינו מאפשר מענה מספק לאשפוז שיקומי במחוז הדרום. בנוסף, קיימות 38 מיטות שיקומיות בבתי חולים סורוקה וברזילי.

מחלקות לאשפוז שיקומי תהיינה חלק מכל אחד מבתי החולים המשולבים. כמו כן, תוקם מחלקה משמעותית **לטיפול ואשפוז שיקומי בביה"ח העתידי פרס.**

מוקדי חרום רפואי:

לאור המרחק הגיאוגרפי של יישובים רבים במחוז הדרום ממוסדות אשפוז התכנית מציעה הקמת מוקדי חירום רפואי אשר יאפשרו נגישות טובה לקבלת מענה רפואי ראשוני. **התכנית מציעה 3 מוקדי חרום רפואי במחוז הדרום: במצפה רמון, בערד ובכסיף.** מוקדים אלו יכללו התמחויות שונות לפי הצורך (כגון ; מיון ראשוני, אשפוז יום, חדרי אשפוז, חדרי טראומה ועוד).

פרישת מערכת בתי החולים במחוז הדרום:



הצגת הקצאות הקרקע למוסדות הבריאות המוצעים בתכנית – בחינת חלופות - מחוזות צפון וחיפה:

מחוז צפון – כרמיאל – בי"ח כללי משולב – 180 דונם:

מוצע: שטח של 180 דונם בכרמיאל מיועד במסגרת תכנית המתאר לתכנון בעתיד, מדרום לאזור התעשיה, נגישות אזורית טובה מהרכבת וכביש 85, השתלבות במרקם עירוני מתפתח, בעלות קרקע מדינה. השיקולים המרכזיים שנלקחו בחשבון – נגישות אזורית, היקף אוכ' השירות, השתלבות במרקם עירוני קיים/עתידי, בעלות קרקע, זמינות השטח.

שימושים גובלים: אזור תעסוקה שהוסב לתעסוקה נקיה, שטח פתוח, שטח לתכנון מגורים בעתיד. סוכם עם המחוז והרשות המקומית.

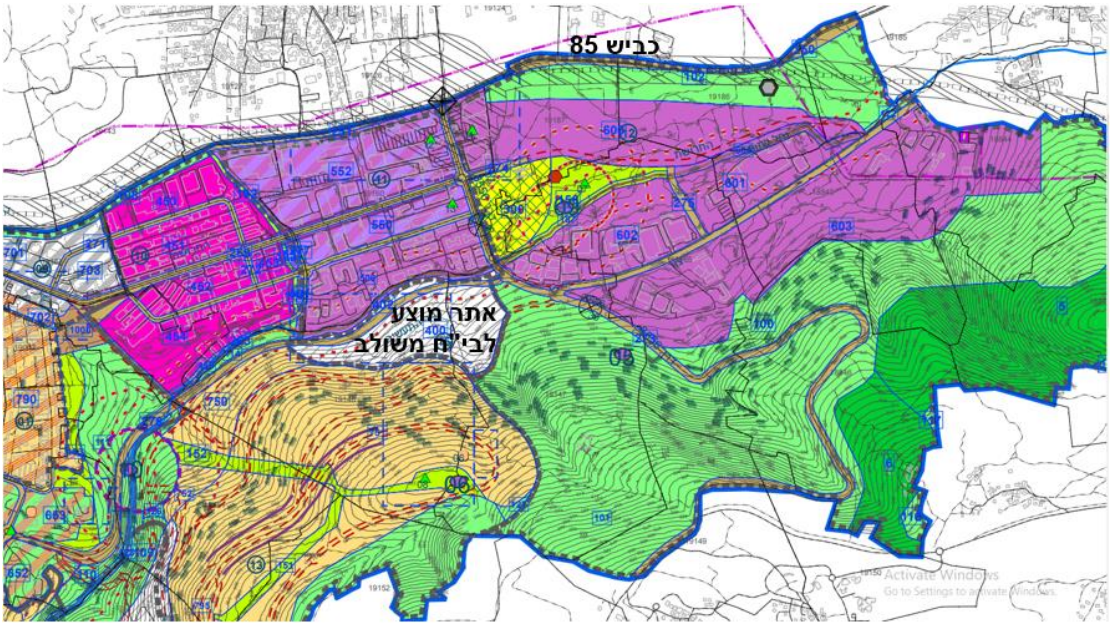
יעוד קיים: שטח לתכנון בעתיד בתכנית המתאר.

הסכמות: מאושר ע"י המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

חלופות שנבחנו:

1. מג'ד אל כרום – הקצאות הקרקע שנבחנו היו בעלי נגישות טובה אך לא זמינה בעקבות בעלות הקרקע פרטית.
2. סח'נין – הקצאות הקרקע שנבחנו היו בנגישות בינונית, בקרבה בינונית לאוכ' שירות ובעלות הקרקע ברובה פרטית.

הקצאת הקרקע לביה"ח בכרמיאל תקבע במסגרת תכנית כוללנית של כרמיאל. התכנית שינתה את ייעוד ושימושי שטחי התעשיה הסמוכים לשטח לתכנון בעתיד ובשטח זה יסומן הפוליגון לביה"ח. תכנית מס' 208-0773416 :



מחוז צפון – קרית שמונה – מר"ג + מוקד חירום רפואי – 70 דונם

מוצע: שטח של 60 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה. בסמוך למר"ג, מוצע שטח של 10 דונם למוקד חירום רפואי למען שיפור הנגישות המקומית לקבלת מענה רפואי ראשוני. המוקד המוצע יכלול התמחויות שונות לפי הצורך (מיון ראשוני, חדרי ניתוח, חדרי רטאומה, אשפוז יום ועוד).

בשטח מקודמת תכנית עתידית בצמידות למרכז תעסוקה ותחבורה/רכבת. המיקום המוצע תואם את התכנית האסטרטגית של העיר קרית שמונה.

שימושים גובלים: בצמידות לשטח חקלאי ולמרכז תעסוקה נקיה עתידי ותחבורה/רכבת. תואם תכנית אסטרטגית של העיר.

יעוד קיים: קרקע חקלאית.

מוסכם: ע"י הרשות המקומית, המחוז ומשרד הבריאות.

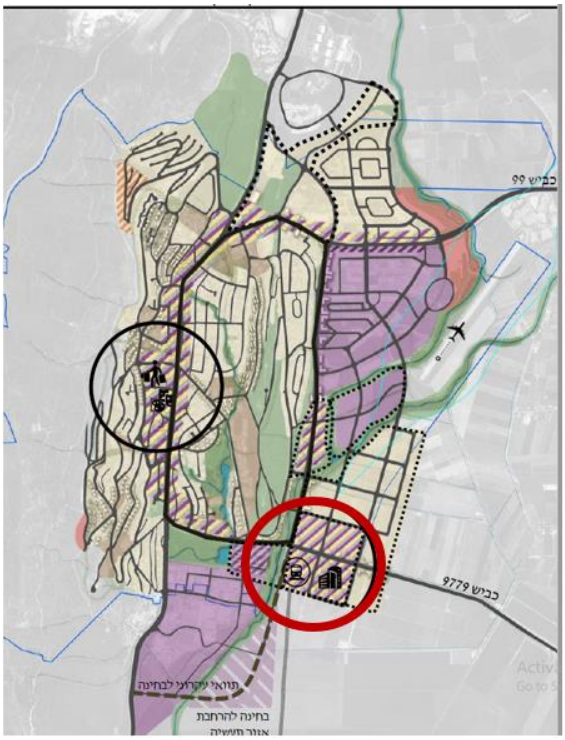
בחינת חלופות:

מיקומים נוספים בקרית שמונה נפסלו עקב חוסר בנגישות, התנגשות עם ייעודים אחרים ושטח קרקע מצומצם.

מיקום נבחר - מר"ג – בי"ח גריאטרי ומוקד החרום הרפואי:



תכנית אסטרטגית של קרית שמונה:



מחוז צפון – סח'נין – מר"ג + מוקד חירום רפואי – 37 דונם

מוצע: שטח של 30 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה. בסמוך למר"ג, מוצע שטח של 7 דונם למוקד חירום רפואי למען שיפור הנגישות המקומית והאזורית לקבלת מענה רפואי ראשוני. המוקד המוצע יכלול התמחויות שונות לפי הצורך (מיון ראשוני, חדרי ניתוח, חדרי רטאומה, אשפוז יום ועוד).

שימושים גובלים: צמוד לאזור מגורים ולאזור תעסוקה חדש מתוכנן בעיר סח'נין. שטח בנגישות טובה ליישובים באזור. בתחום פיתוח יישובי ומשתלב בפיתוח עתידי.

יעוד קיים: קרקע חקלאית, תכנית בהכנה מייעדת את השטח לאזור תעסוקה.

מוסכם: ע"י המחוז, נציגי הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

נבחנו מספר חלופות במסגרת תכנית המתאר החדשה של העיר סח'נין. הוצגו 2 חלופות למיקום המר"ג והמוקד החרום בעיר סח'נין:

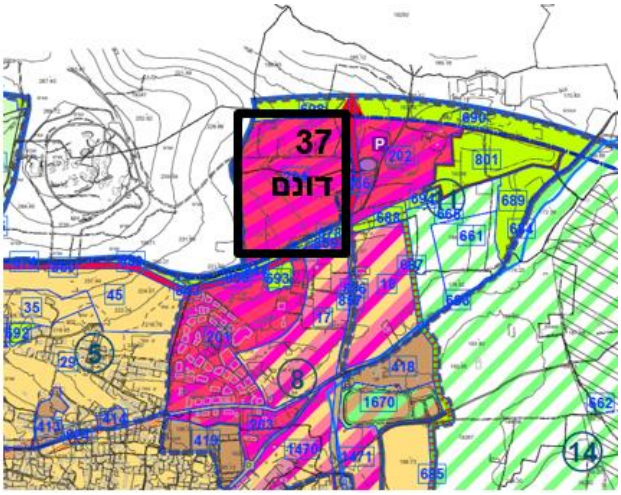
חלופה 1 – הכניסה הצפון מערבית ליישוב – נפסלה.

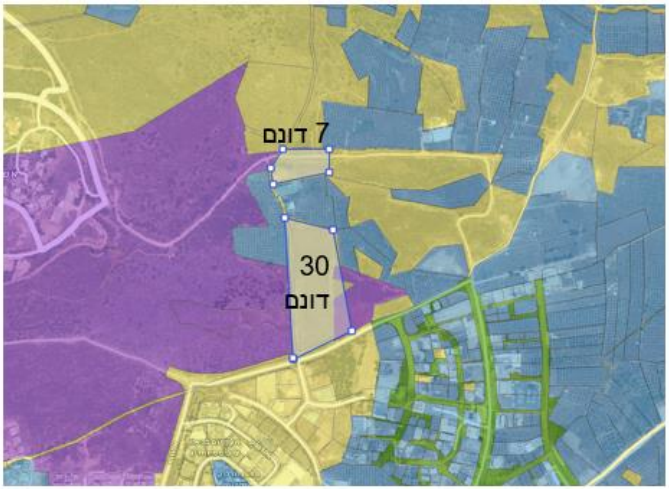
שטח בנגישות טובה ליישובים באזור, קרקע בבעלות מדינה, חורג מתחום פיתוח יישובי, מחוץ למרקם העירוני בתמ"א 35.

חלופה 2 – אזור תעסוקה חדש של סח'נין – מועדפת.

נגישות טובה ליישובים באזור, קרקע בבעלות מדינה, בתחום פיתוח יישובי ומשתלב בפיתוח עתידי.

מיקום נבחר - מר"ג – בי"ח גריאטרי ומוקד החרום הרפואי:





מחוז צפון – עכו – מר"ג– 30 דונם

מוצע: שטח של 30 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה. הקצאת הקרקע המוצעת באזור התעסוקה החדש של עכו מזרח בשכנות לאזור מגורים - במסגרת התכנית הוותמ"לית (תמ"ל 10/42). הקצאת הקרקע נמצאת בנגישות מקומית ואזורית טובה ומשתלבת עם הפיתוח העירוני העתידי של עכו.

שימושים גובלים: מגורים ומסחר, אזור תעסוקה נקיה של עכו מזרח. במסגרת התכנית הוותמ"לית (תמ"ל 10/42).

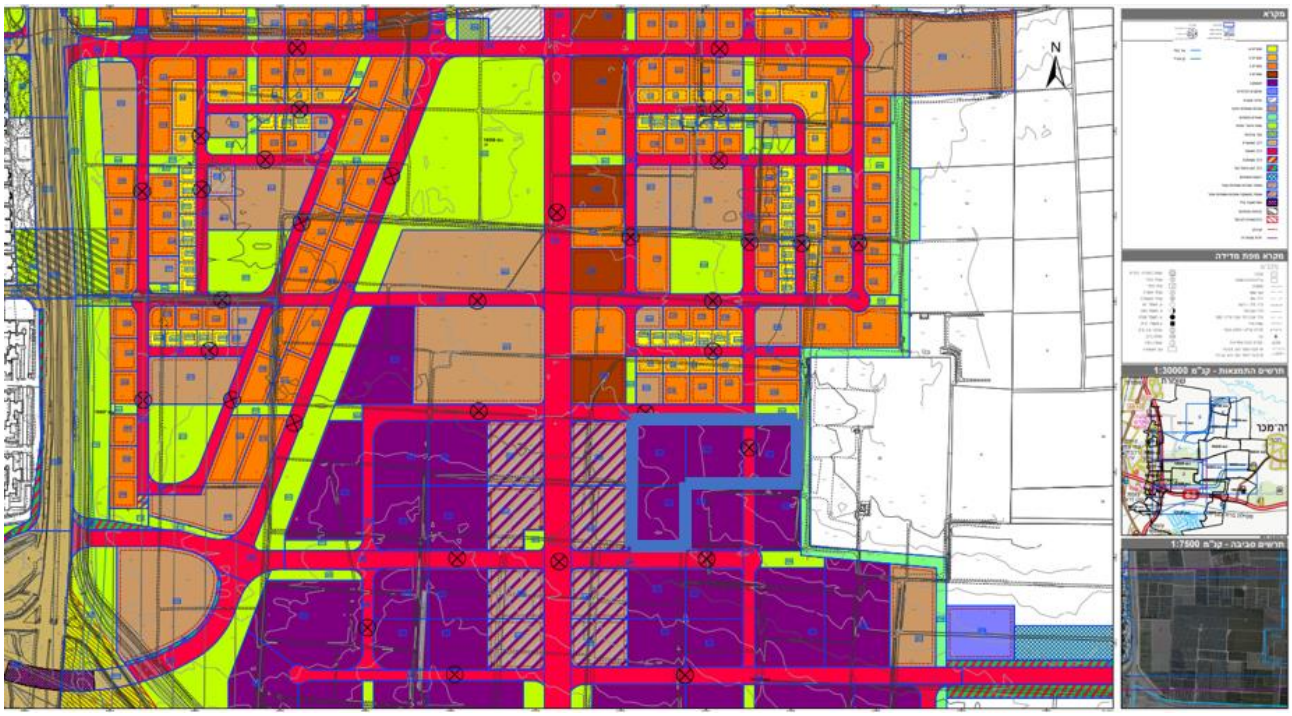
יעוד קיים בתכנית ותמ"לית: שטח תעסוקה.

מוסכם: ע"י המחוז, נציגי הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

נבחנו מספר מיקומים בעיר עכו, נפסלו עקב חוסר התאמת השטחים לצרכי ביה"ח. הבחירה המועדפת תוכל לקדם ולפתח את האזור המזרחי של העיר.

מיקום נבחר – מר"ג – בי"ח גריאטרי – עכו – במסגרת תכנית מאושרת - תמ"ל 10/42:



מחוז צפון – נצרת/נוף הגליל – מר"ג– 40 דונם

מוצע: שטח של 40 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה. המיקום המוצע נמצא במפגש בין נוף הגליל לנצרת (מחצבה לשעבר).

יעוד קיים: התכנית הכוללנית 212-0137604 (2019) סימנה את שטח המחצבה בייעוד תעסוקה, תעשייה ומסחר. מוצע לייעד את כל שטח התכנית לשימושים של מוסדות בריאות.

השטח המוצע נגישות טובה לשני היישובים (נצרת ונוף הגליל) ומשרת את מרחב עמק יזרעאל.

הקצאת הקרקע משתלבת בפיתוח העירוני של העיר נוף הגליל.

שימושים גובלים: שטח פתוח, תעסוקה ומסחר נלווים לשימוש המרכזי.

מוסכם: ע"י המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

נבחן איתור קרקע בנצרת - על הכביש הראשי מס' 700 שמוביל מכביש 79 למרכז העיר. החלופה נפסלה – תא השטח המוצע קטן מהצורך ובעלות הקרקע פרטית.

מיקום נבחר – מר"ג – בי"ח גריאטרי – נוף הגליל – במסגרת תכנית מאושרת - מס' 212-0137604:



מחוז צפון – מגדל העמק – מר"ג– 40 דונם

מוצע: שטח של 40 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה. המיקום המוצע בכניסה הצפונית ליישוב מגדל העמק. ייעוד הקרקע הקיים בשטח המוצע הינו שטח פתוח.

שימושים גובלים: שטח פתוח ושטח עירוני/מגורים.

ייעוד קיים: שטח פתוח בכניסה הצפונית ליישוב מגדל העמק.

מוסכם: ע"י המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

נבחנו 5 חלופות מיקום למר"ג ביוקנעם. נפסלו עקב חוסר בנגישות, לא נמצאו ברצף הפיתוח העירוני של העיר וקרקע בבעלות מעורבת.

בנוסף, נבחנו 2 חלופות במגדל העמק –

א. איתור דרומי – ייעוד קיים מבנה ציבור ושטח פתוח.

ב. איתור צפוני – **חלופה נבחרת.**

בחינת החלופות – בחינת שטח אופציונלי ביוקנעם:



מיקום נבחר – מר"ג – בי"ח גריאטרי – מגדל העמק – במסגרת תכנית מאושרת - מס' ג/ 20819:



פוליגון מוצע: יעוד קרקע קיים – שטח פתוח
תכנית מאושרת – תוכנית מס' ג/ 20819

מחוז צפון – חצור הגלילית – מר"ג– 30 דונם

מוצע: שטח של 30 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה. הקצאת הקרקע נמצאת בנגישות טובה מיישובי האזור ובקרבה לתחנת רכבת עתידית.

תוכנית מפורטת מס' 253-0656959 תוכל לשנות את מיקום הפוליגון בהתאם לאילוצים תכנוניים ולשיקולי מיקום.

שימושים גובלים: מתוכנן תחנת רכבת ושילוב של מסחר ותעשיה נקיה. גובל באזור תעשיה קיים.

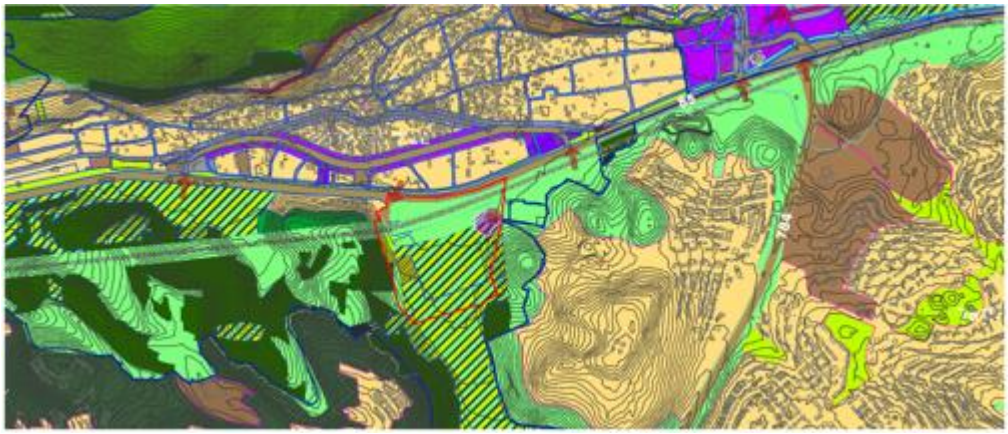
יעוד קיים: קרקע חקלאית.

מוסכם: ע"י המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

נבחנה חלופה במג'ד אל כרום – שטח הקרקע המוצע הינו בנגישות טובה מיישובי האזור ומתחנת רכבת עתידית ובסמיכות למוקד אזורי מתוכנן בעיר. החלופה נפסלה עקב קרקע עם ריבוי בעלויות ובחלקה הגדול קרקע בבעלות פרטית.

בחינת החלופות – בחינת שטח אופציונלי במג'ד אל כרום:



מחוז צפון – קצרין – מרכז חירום רפואי – 5 דונם

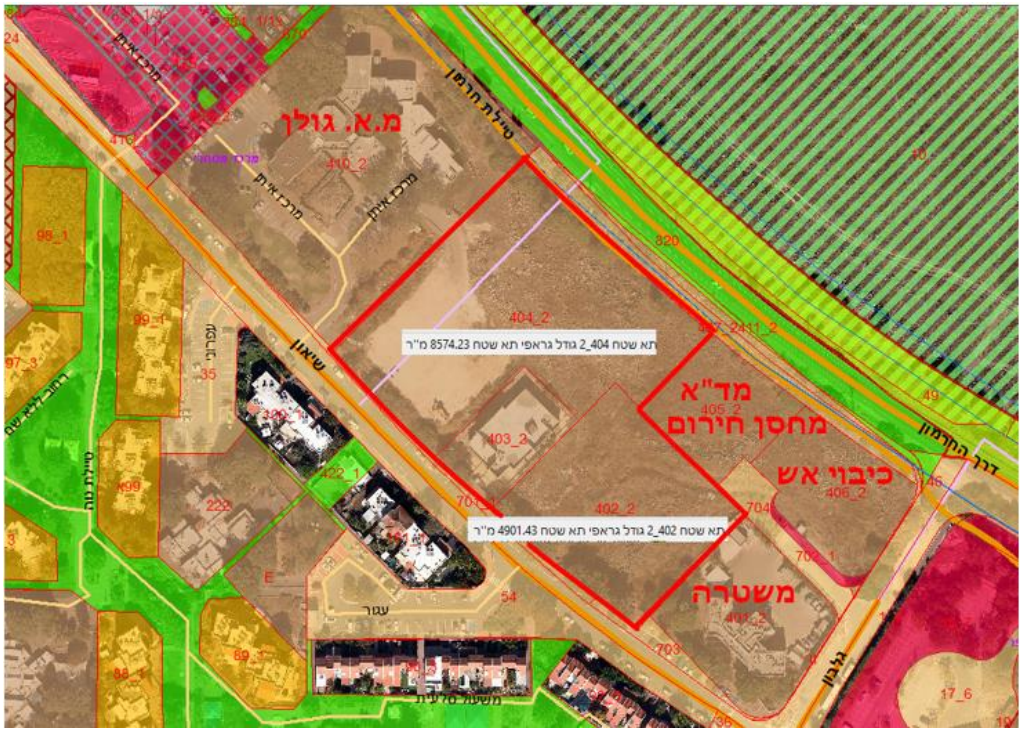
מוצע: שטח של 5 דונם ליעוד מוקד חירום רפואי בבעלות קרקע מדינה. הקצאת הקרקע נמצאת בנגישות טובה ובצמידות למתחם מד"א, כיבוי אש ומשטרה.

הקצאת הקרקע תקודם במסגרת תוכנית מפורטת מס' 220-0390500.

יעוד קיים: שטח מאושר למוסדות ציבור.

מוסכם: ע"י המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

מיקום נבחר – מרכז חירום רפואי – קצרין – במסגרת תכנית מאושרת - 220-0390500:



מחוז חיפה –כפר קרע – מר"ג ומוקד חרום רפואי – 40 דונם

מוצע: שטח של 30 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי + 10 דונם בצמידות למר"ג למוקד חירום רפואי בבעלות קרקע מדינה.

ייעוד הקרקע הקיים במיקום המוצע - קרקע חקלאית. בתכנית מתאר כפר קרע (נמצאת לקראת אישור) ייעוד הקרקע המוצע - תעסוקה.

נגישות גבוהה – בכניסה לישוב, נשען על קרבה לכביש 65 וכביש 6. הקצאת הקרקע בכניסה ליישובי ואדי ערה ובנגישות גבוהה לתושבי האזור.

השתלבות במרקם עירוני - נמצא בקצה אזור תעסוקה חדש (לא מפותח).

מאפייני שטח - סמוך לואדי עירון – נשען על שצ"פ, חלקה רגולרית, טופוגרפיה נוחה.

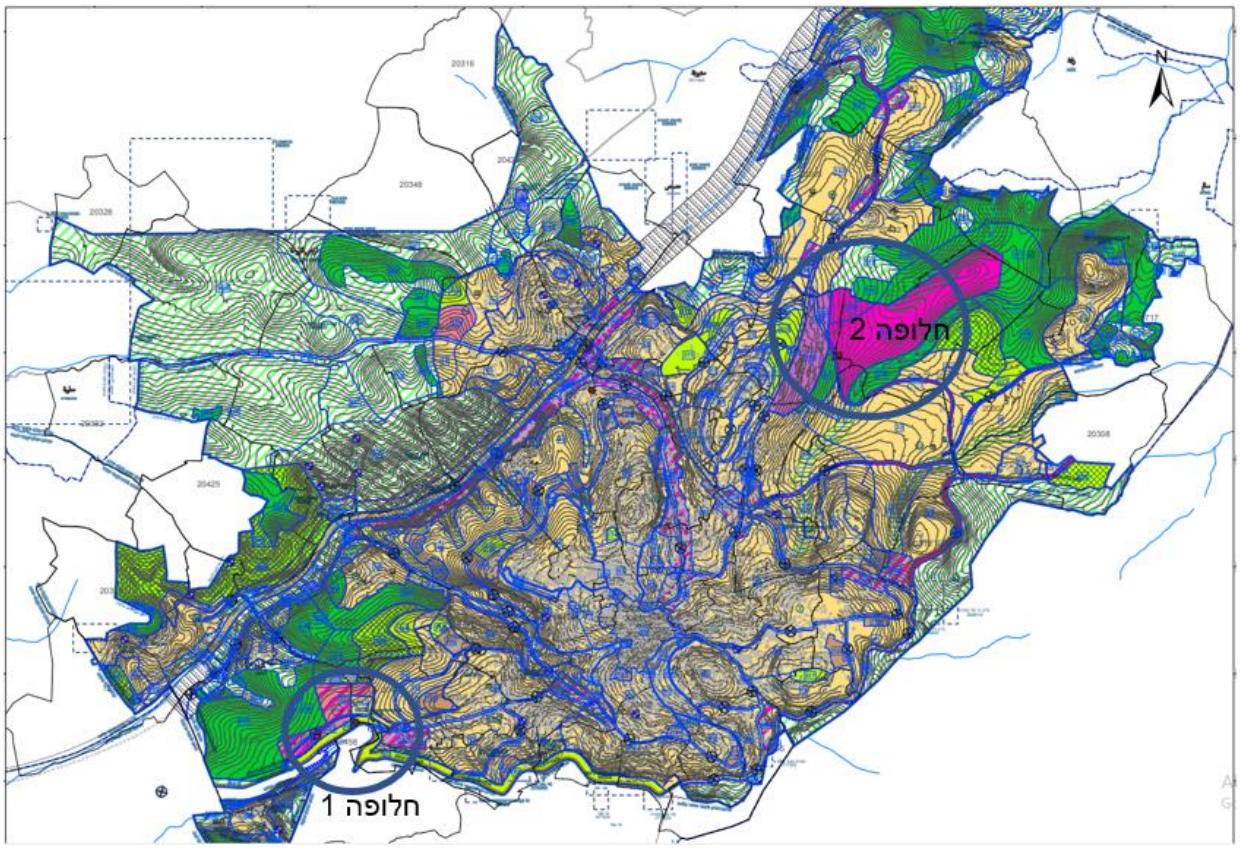
יעוד קיים: קרקע חקלאית.

מוסכם: ע"י המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

אום אל פחם – נבחנו 2 מיקרו חלופות בתחום הישוב. החלופות נפסלו עקב נגישות אזורית בינונית - מיקומים בתוך הישוב. בנוסף שטחי הקרקע המוצעים עם ריבוי בעלויות ובחלקה הגדול קרקע בבעלות פרטית.

בחינת החלופות – בחינת שטח אופציונלי באום אל פחם (תכנית מתאר כוללנית אום אל פחם – 354-0247221):

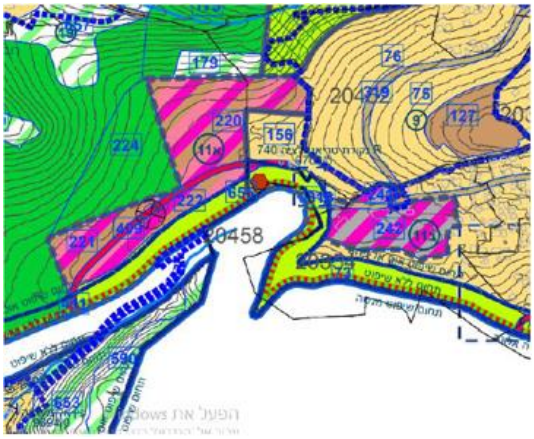


:

מיקרו חלופות – אום אל פאחם:

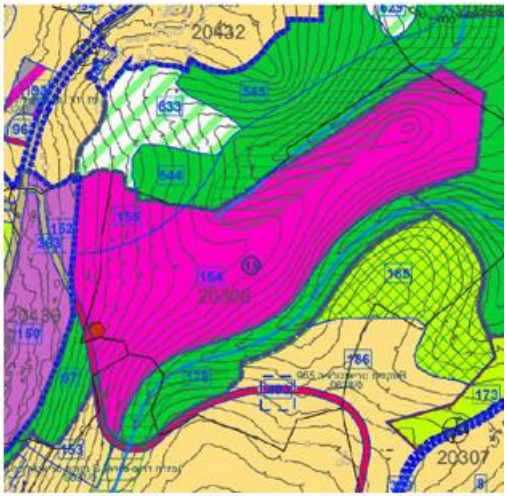
חלופה 1 –

דרום מערב העיר (תכנית מתאר כוללנית אום אל פחם). בעלויות מעורבות. נגישות מהאזור בינונית ומטה. טופוגרפיה משופעת.

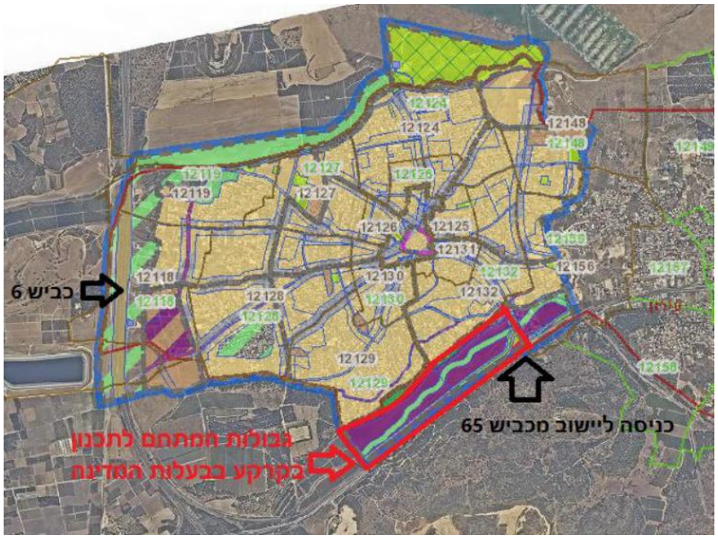


חלופה 2 –

צפון מזרח העיר (תכנית מתאר כוללנית אום אל פחם). בעלויות מעורבות. נגישות מהאזור בינונית ומטה. טופוגרפיה משופעת.



מיקום נבחר – מר"ג – בי"ח גריאטרי ומוקד חרום רפואי – כפר קרע – במסגרת תכנית מתאר כוללנית לכפר קרע – מס' 354-0431924:



פוליגון ביה"ח הגריאטרי ומוקד חירום רפואי כפר קרע – מצב מוצע:



הצגת הקצאות הקרקע למוסדות הבריאות המוצעים בתכנית – בחינת חלופות – מחוז ירושלים:

מחוז ירושלים –בית שמש – בי"ח כללי משולב – 170 דונם

מוצע: שטח של 170 דונם ליעוד בי"ח כללי משולב בבעלות קרקע מדינה.

מקודמת תכנית מפורטת המאפשרת הקמת בית חולים עבור צפי האוכלוסיה בבית שמש ובמרחב הקרוב. בשלב ראשון יוקמו מרפאות, חדר מיון קדמי, מחלקת יולדות ושירותי רפואה דחופים.

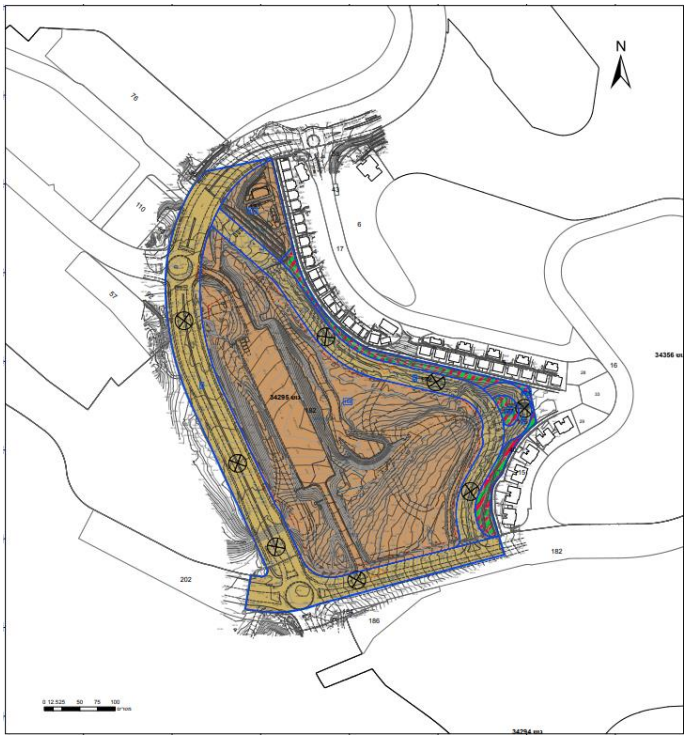
שימושים גובלים: פיתוח עירוני.

יעוד קיים: שטח למוסד ציבורי.

מוסכם: ע"י המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בי"ח כללי משולב – בית שמש – תוכנית מפורטת מס' 102-0921544:





מחוז ירושלים – קרית ענבים – מר"ג – 30 דונם

מוצע: שטח של 30 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.

נגישות גבוהה – בכניסה לישוב, נשען על קרבה לכביש 1. הקצאת הקרקע בכניסה ליישובי קרית ענבים ואבו גטש ובנגישות גבוהה לתושבי האזור.

שימושים גובלים: שטח חקלאי, שטח ישוב, אזור תעסוקה ומסחר.

ייעוד קיים: שטח חקלאי.

מוסכם: ע"י מטה יהודה, המחוז ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

נבחנו 4 חלופות באזור מטה יהודה – מתחם פלר, עין נקובא, סמוך לצובה, איתנים – נפסלו.

בחינת החלופות – בחינת שטח אופציונלי:

חלופה - מתחם פלר:

גוש 30493. ייעוד קיים – תיירות ונופש.

חלופה נפסלה - קרקע בבעלות מעורבת - קשה למימוש.



חלופה - עין נקובא:

גוש 29532. ייעוד קיים – שטח חקלאי.

חלופה נפסלה - קרקע בבעלות מעורבת - קשה למימוש.



חלופה - סמוך לצובה:

גוש 29743. ייעוד קיים – מוסדות ציבור. קרקע בבעלות מדינה.

חלופה נפסלה - מרוחק מאוכ' משורתת.



חלופה - איתנים:

גוש 29745. ייעוד קיים – תיירות ונופש. קרקע בבעלות מדינה.

חלופה נפסלה - מנותק מרצף יישובי.



מחוז ירושלים – מטה יהודה – מר"ג– 20 דונם

מוצע: שטח של כ- 15 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.

יעוד קיים ושימושים גובלים: קרקע חקלאית בצמידות לאזור מגורים.

המיקום המוצע נמצא ברמת מוצא בנגישות טובה ממערכת כבישים עתידית.

בחינת חלופות:

נבחנו 3 חלופות באזור מבשרת.

חלופה א - בתחום תכנית מפורטת במבשרת דרום – 101-0700773, ייעוד מתוכנן – תיירות. קרקע מדינה, תחום מחצבה לשעבר, נגישות בטופוגרפיה קשה – נפסל עקב בעיות טופוגרפיה והתנגדות הרשות המקומית לחלופה זו.

חלופה ב – שטח בייעוד גן לאומי. גוש 29955 חלקה 34. תחום מחצבה לשעבר, נגישות בטופוגרפיה קשה – נפסל עקב בעיות טופוגרפיה והתנגדות הרשות המקומית לחלופה זו.

חלופה ג – שטח בייעוד שטח חקלאי, מחוץ לתחום הבינוי של הישוב, קרקע נופית ערכית. גוש 30465 חלקה 105 – נפסל עקב קרקע נופית ערכית.

בחינת החלופות – בחינת שטח אופציונלי במבשרת:



מיקום מוצע – מר"ג רמת מוצא – 15 דונם



מחוז ירושלים –צור באכר (י"ם) – מר"ג – 25 דונם

מוצע: שטח של 25 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.

הקצאת הקרקע מוצעת במסגרת תכנון מחדש לתכנית מס' 2302/ב.

ייעוד הקרקע הקיים במיקום המוצע – מבנה ציבור.

נגישות גבוהה – נגישות אזורית טובה ובקרבה לדרך חברון.

השתלבות במרקם עירוני.

שימושים גובלים: פיתוח עירוני – מגורים.

הסכמות: נדון עם המחוז ועיריית ירושלים.

בחינת חלופות:

נבחנו :

חלופה א – דרום רמת רחל ירושלים – נפסלה – במקום תכנית בשלבים מתקדמים.

חלופה ג - דרך חברון – הכניסה לרמת רחל. מיקום על יעוד שטח למגורים בתכנית מקודמת – נפסלה.

בחינת החלופות – בחינת שטח אופציונלי

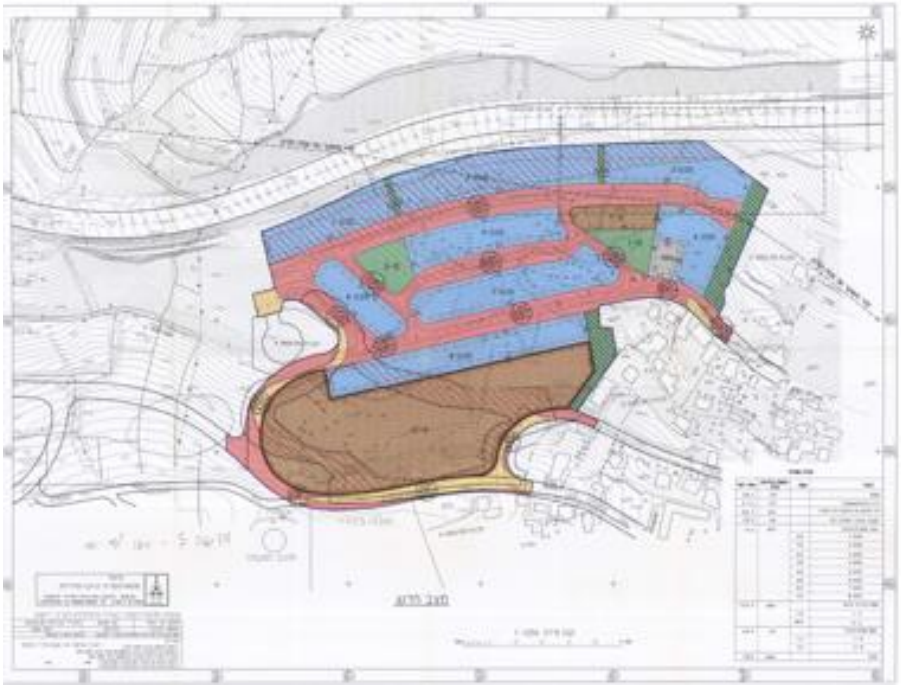
חלופה ג - דרך חברון – הכניסה לרמת רחל – חלק מגוש 30289 :



חלופה ב- מר"ג –רמת רחל (י"ם) – במסגרת תכנית מפורטת מס' 151-0347427 :



מיקום נבחר – מר"ג צור באכר – 25 דונם - תכנית מס' 2302/ב:



הצגת הקצאות הקרקע למוסדות הבריאות המוצעים בתכנית – בחינת חלופות – מחוזות מרכז ות"א:

מחוז מרכז – מזרח נתניה – בי"ח כללי משולב – 100 דונם

מוצע: שטח של 100 דונם ליעוד בי"ח כללי משולב בבעלות קרקע מדינה.

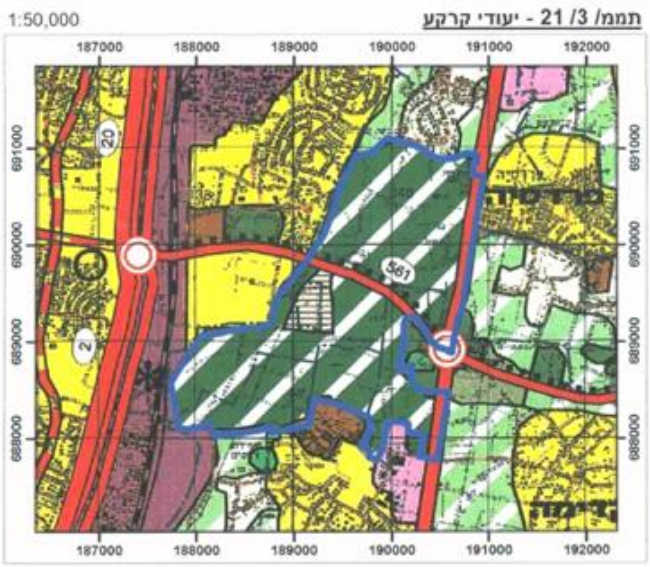
בשטח המיועד לשטח ציבורי בתוכנית מפורטת מס' 408-1028455 'נווה אילנות מתחם הגולף'.

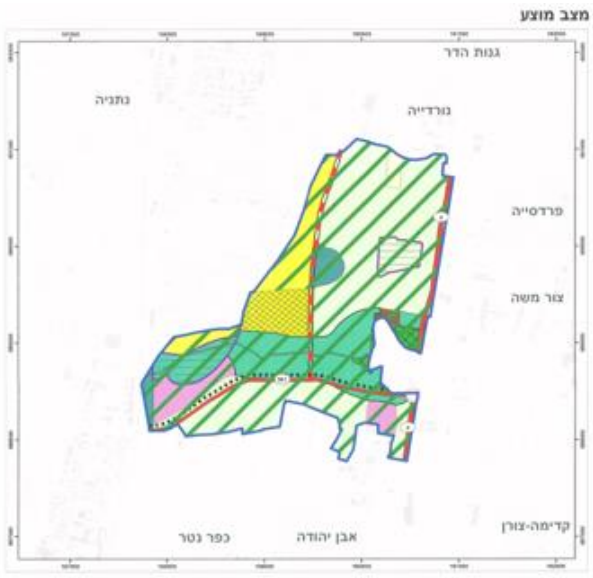
נמצא בעורף העיר נתניה ובשכנות ליישובים פרבריים. נגישות אזורית טובה, נגישות טובה מכביש 4. תוספת של בי"ח יוריד עומסים רבים מבתי החולים בסביבה (מאיר ולניאדו) וישפר את הנגישות והשירות לאוכ' בטווח הקרוב (כ- 1.5 מיליון נפש).

שימושים גובלים: שטח פתוח, יער, סמוך לכניסות לישובים פרדסיה, קדימה, כפר יונה.

מוסכם: על ידי המחוז ומשרד הבריאות.

מיקום נבחר – בי"ח כללי משולב – מזרח נתניה – במסגרת תכנית מפורטת מס' 408-1028455:





מחוז מרכז – מודיעין – בי"ח כללי משולב – 150 דונם

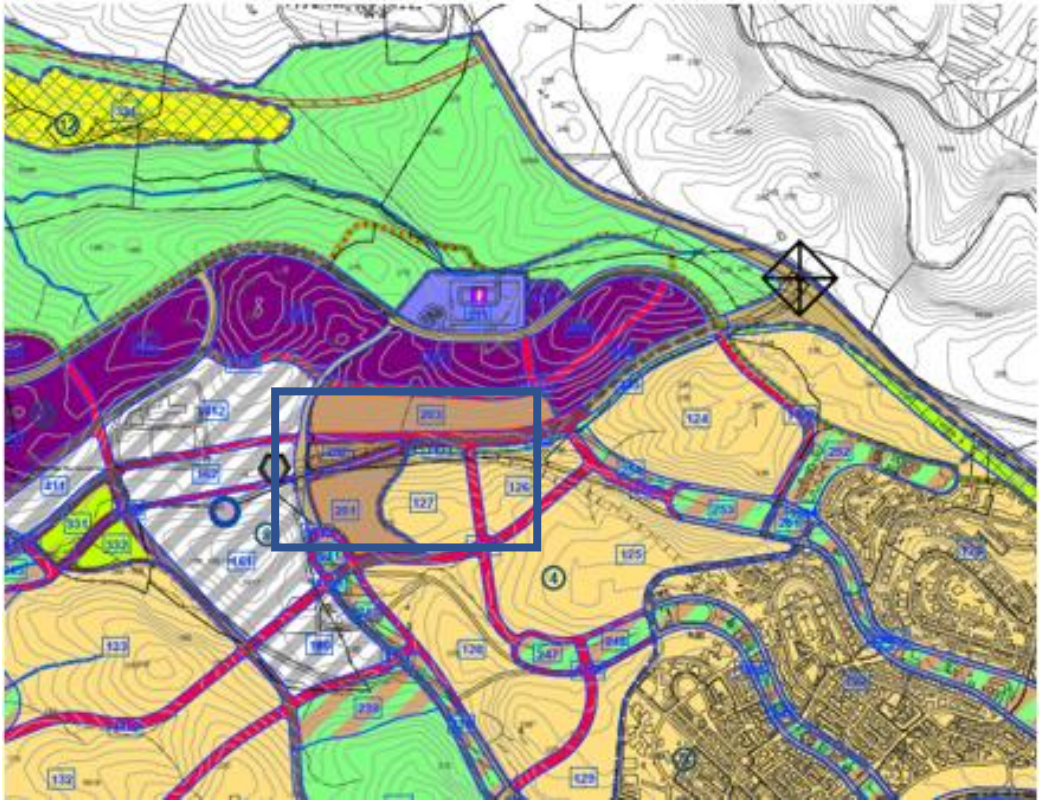
מוצע: שטח של 150 דונם ליעוד בי"ח כללי משולב בבעלות קרקע מדינה.

במסגרת תוכנית המתאר של מודיעין מס' 420-0514364. בתחום השטח הציבורי המסומן בתוכנית המתאר יתאפשר שילוב של ביה"ח עם קריה אקדמית ומוסדות בריאות נוספים. נגישות טובה. במרכז המתוכנן של העיר מודיעין. ביה"ח במודיעין יאפשר שיפור משמעותי בשירות הרפואי לאוכ' של כ- 1.43 מיליון נפש הנשענים כיום על בתי החולים אסף הרופא וקפלן המרוחקים יחסית.

שימושים גובלים: מרכז עירוני כולל מבנה ציבור ותעסוקה נקיה.

הסכמות: ע"י המחוז, רשות מקומית ומשרד הבריאות.

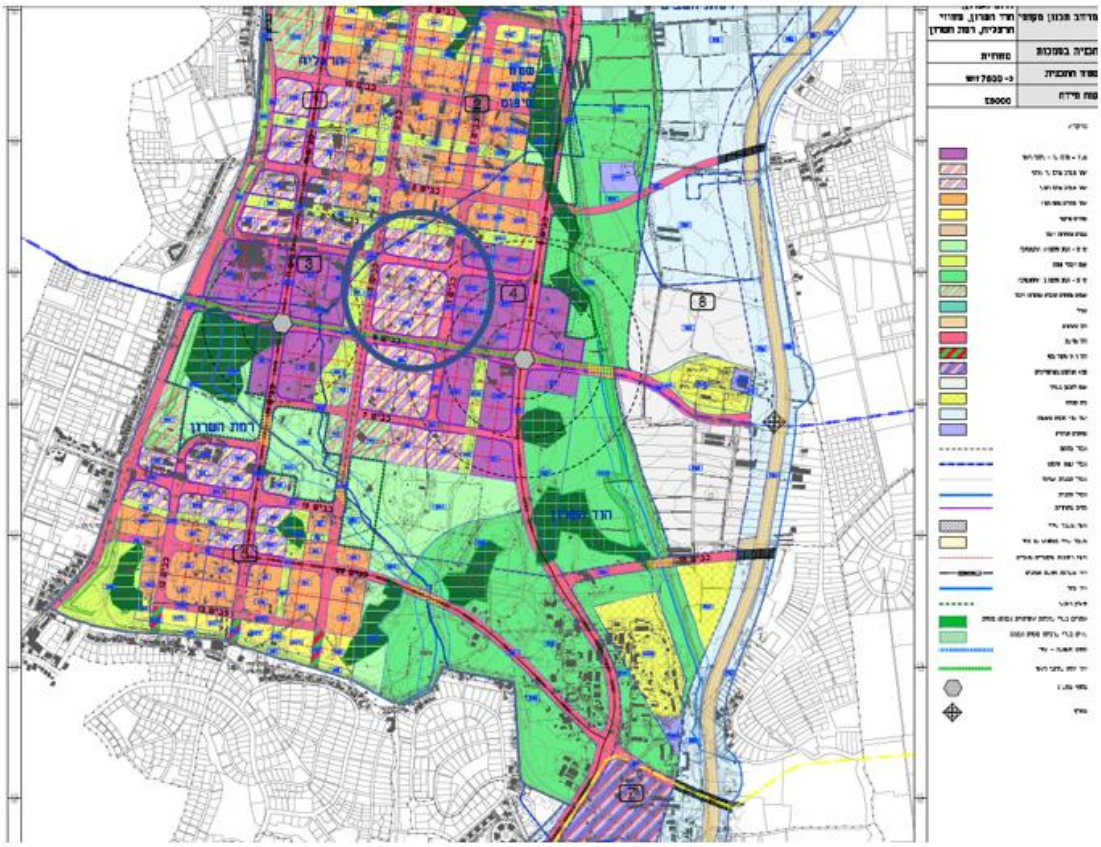
מיקום נבחר – בי"ח כללי משולב – מודיעין – במסגרת תכנית מפורטת מס' 420-0514364:

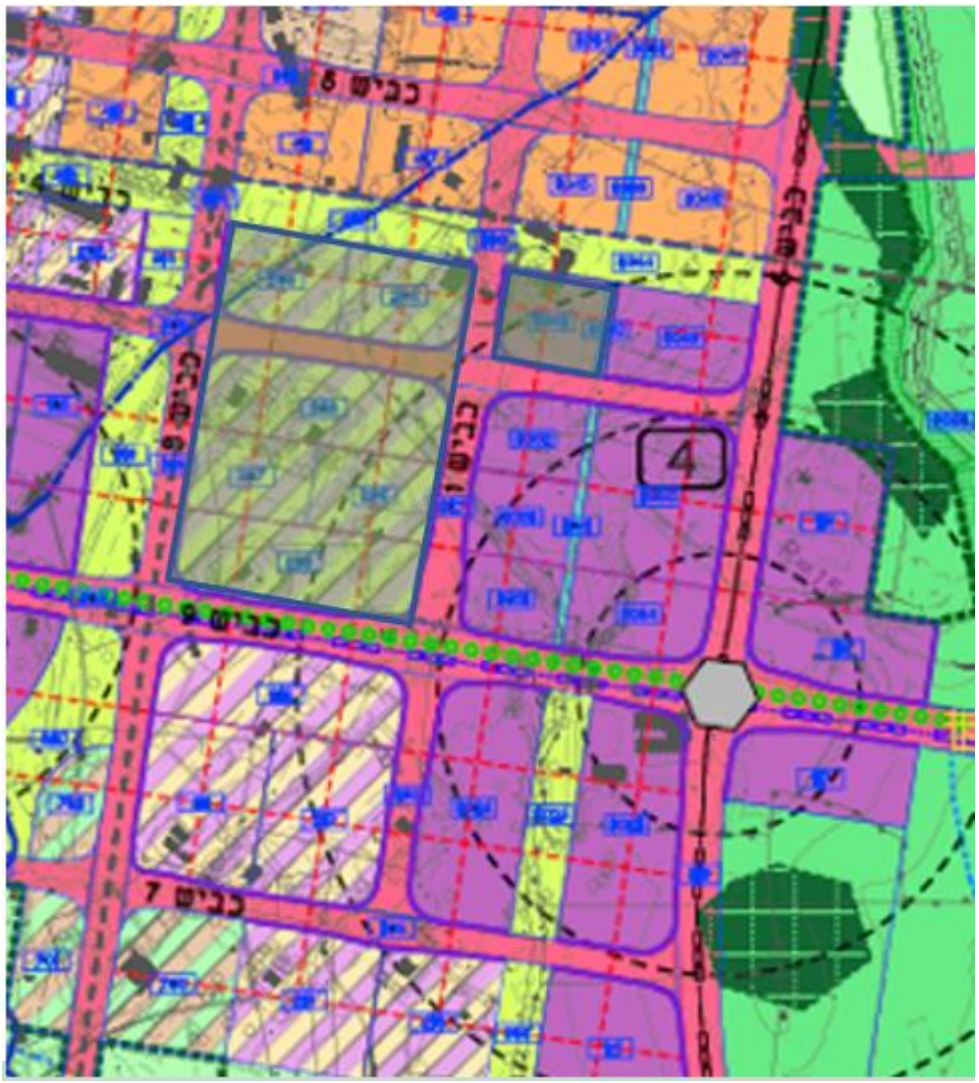


מחוז מרכז – תע"ש הוד השרון – בי"ח כללי משולב – 120 דונם

מוצע: שטח של 120 דונם ליעוד בי"ח כללי משולב בבעלות קרקע מדינה.
משולב במסגרת תוכנית תע"ש הוד השרון (תכנית מס' מש/1 תכנית הצל). מיקום ביה"ח משרת בין היתר את האוכ' בשכונות החדשות (היקף למעלה מ- 100,000 תושבים) הרצליה, רמה"ש, הוד השרון וצפון ת"א (תל ברוך ורצועת הנופש) ובעל נגישות טובה מאוד מהאזור. המיקום המוצע נמצא במסגרת מתחם 4 של תכנית הצל לתע"ש הוד השרון, רמה"ש והרצליה.
הוראות התמ"א יכללו סעיף גמישות אשר יאפשר דיוק הפוליגון ברדיוס של עד 0,5 ק"מ באישור מחוזית ועד 1.0 ק"מ באישור מועצה ארצית ובתנאי שיוקצה השטח הנדרש בנגישות טובה לתח"צ.
יעוד קיים: בתכנית מתארית - מרכז עירוני משותף הוד השרון, הרצליה ורמת השרון.
שימושים גובלים: מרכז עירוני ואזורי מגורים.
מוסכם: ע"י המחוז, רמ"י ומשרד הבריאות.

מיקום נבחר – בי"ח כללי משולב – תע"ש הוד השרון – במסגרת תכנית מאושרת מס' מש/1 – תכנית הצל:





מחוז מרכז –טירה – מר"ג– 30 דונם

מוצע: שטח של 30 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.

במסגרת תוכנית מפורטת מאושרת מס' טר/3002 בשטח שיפוט טירה. נגישות טובה מהאזור – נשען על כביש 444.

שימושים גובלים: תעסוקה נקיה ושטח חקלאי.

יעוד קיים: תעסוקה ומוסדות ציבור.

הסכמות: המחוז ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

חלופת טייבה – נבחנה חלופה במסגרת תכנית מס' 402-0701631 שכונת הפארק טייבה מזרח. נבחן מיקום בשטח המיועד למוסד ציבורי. מיקום בשולי הפיתוח העירוני. בעלויות קרקע מעורבות. נפסלה עקב נגישות אזורית נמוכה, קרקע עם ריבוי בעלויות ובחלקה הגדול קרקע בבעלות פרטית.

בחינת החלופות – בחינת שטח אופציונלי בטייבה - תכנית מס' 402-0701631:



מיקום נבחר – מר"ג – טירה – במסגרת תכנית מאושרת מס' טר/3002:





מחוז מרכז – רמלה – מר"ג – 20 דונם

מוצע: שטח של 20 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.

במסגרת תוכנית מפורטת בהכנה מס' 415-0400945 - קריה רפואית רמלה. ביה"ח ישתלב ב'האב הרפואי' המתוכנן בעיר, אשר כולל – תחנת רכבת, רק"ל, מטרו – נגישות טובה.

שימושים גובלים: קריה רפואית מתוכננת ומרכז תחבורה.

יעוד קיים: חקלאי. תכנית בהכנה לקריה רפואית ומרכז תחבורה.

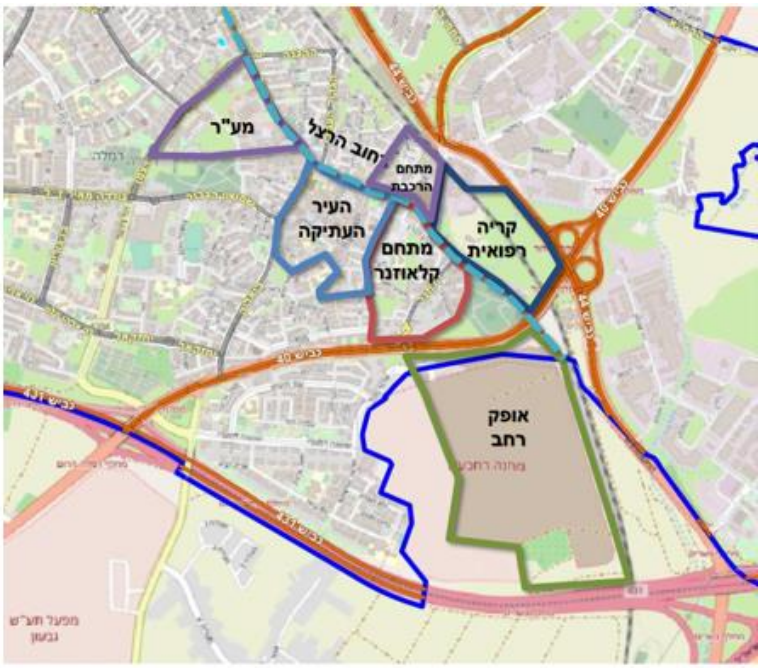
מוסכם: רשות מקומית, מחוז ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

נבחנו מספר מיקומים בעיר לוד במסגרת תכניות ותמ"ליות המקודמות בעיר. נפסל עקב תכנון מתקדם לייעודים אחרים.

מיקום נבחר – מר"ג – רמלה – במסגרת תכנית מאושרת מס' 415-0400945:





מחוז מרכז – כפ"ס בי"ח מאיר – מר"ג

מוצע: תוספת בינוי משמעותית לבי"ח מאיר שיכלול מר"ג - בי"ח גריאטרי במסגרת תכניות הפיתוח של ביה"ח. תוספת המיטות הגריאטריות בתוך הקמפוס הקיים באמצעות עיבוי ובינוי בביה"ח.

יעוד קיים: מוסד ציבורי בי"ח.

שימושים גובלים: פיתוח עירוני – מגורים ומוסדות ציבור.

מוסכם: ע"י המחוז ומשרד הבריאות.

עמדת קופ"ח כללית: מעדיפה הקמת בית אבות בשטח הפרטי שבבעלות קופ"ח.

אין התנגדות לתוספת בינוי בקומות עבור מר"ג.

בחינת חלופות:

נבחנו מספר מיקומים בעיר הרצליה באזור התע"ש.

מיקום נבחר – מר"ג – כפ"ס בי"ח מאיר:



תכנית כס/1/27:



מחוז מרכז – ראשל"צ – מר"ג ומוקד חירום רפואי – 30 דונם

מוצע: שטח של 30 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.

הקצאת שטח לבית חולים גריאטרי ומוקד חירום רפואי במתחם מיועד למוסדות ציבור. השטח גובל בשטחי חולון מדרום מזרח. השטח נמצא בנגישות גבוהה לתח"צ - בסמיכות לקו מטרו ומערך דרכים ראשיות.

השטח כולל כ- 30 דונם.

הוראות התמ"א יכללו סעיף גמישות אשר יאפשר במסגרת תכנית מפורטת דיוק הפוליגון ברדיוס של עד 0.5 – 1.0 ק"מ ובתנאי שיוקצה השטח הנדרש בנגישות טובה לתח"צ ושאינו גובל במטרדים ציבוריים.

שימושים גובלים: שטחים פתוחים ומוסדות ציבור.

יעוד קיים במסגרת תכנית מתארית: מוסדות ציבור ושטחים פתוחים.

הסכמות: המחוז, רמ"י ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

חלופה א – דרום מזרח חולון בסמוך לכביש 4 בנגישות גבוהה לעיר ולמרחב האזורי.

חלופה ב - דרום חולון בסמוך לכביש 20 מגרש צפוני.

חלופה ג – דרום חולון בסמוך לכביש 20 מגרש דרומי.

3 החלופות בנגישות גבוהה לעיר ולמרחב האזורי. נפסלו עקב מגבלות רעש ומגבלות סביבתיות ועדיפות לחלופה הנבחרת.

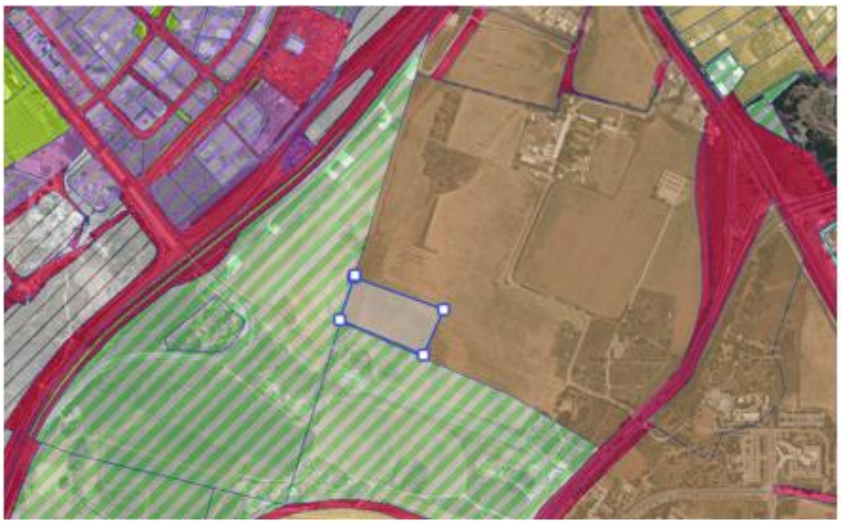
חלופות א,ב,ג בי"ח גריאטרי בחולון:



חלופה נבחרת – בי"ח גריאטרי ומוקד חירום רפואי – ראשל"צ:



מיקום על גבי תכנית המתאר עירונית



הקצאת השטח על גבי מצב תכנוני מאושר

מחוז מרכז – פ"ת – מר"ג – 20 דונם

מוצע: שטח של 20 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.

הקצאת שטח לבית חולים גריאטרי במסגרת תכנית כוללנית פ"ת, השטח מיועד למסחר, תעסוקה ומבנים ומוסדות צבור ובסמיכות לאזור תעסוקה.

פוליגון של כ- 20 דונם.

הוראות התמ"א יכללו סעיף גמישות אשר יאפשר במסגרת תכנית מפורטת דיוק הפוליגון ברדיוס של עד 0.5 – 1.0 ק"מ ובתנאי שיוקצה השטח הנדרש בנגישות טובה לתח"צ ושאינו גובל במטרדים ציבוריים.

שימושים גובלים: תעסוקה.

יעוד קיים: למסחר, תעסוקה ומבנים ומוסדות צבור ובסמיכות לאזור תעסוקה.

הסכמות: רמ"י ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

חלופה א - אזור תעסוקה בני ברק – BBC לא אותר שטח מתאים בבעלות ציבורית ובגודל נדרש.
לא נמצאו שטחים מתאימים נוספים במרחב העירוני.

תכנית בהכנה -בני ברק צפון תכנית מס' 501-0776757 :



חלופה ב - בני ברק : במסגרת תכנית 501-0776757 :



חלופה נבחרת – בי"ח גריאטרי – פ"ת (גבול בני ברק):

מיקום מוצע על גבי תכנית מתאר פ"ת מס' 410-0491563:



מיקום מוצע – תצ"א:

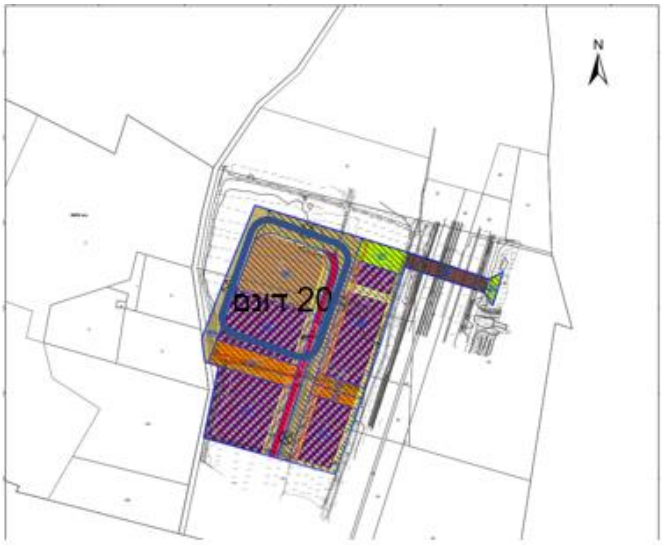


מחוז תל אביב – רמה"ש – מר"ג – 20 דונם

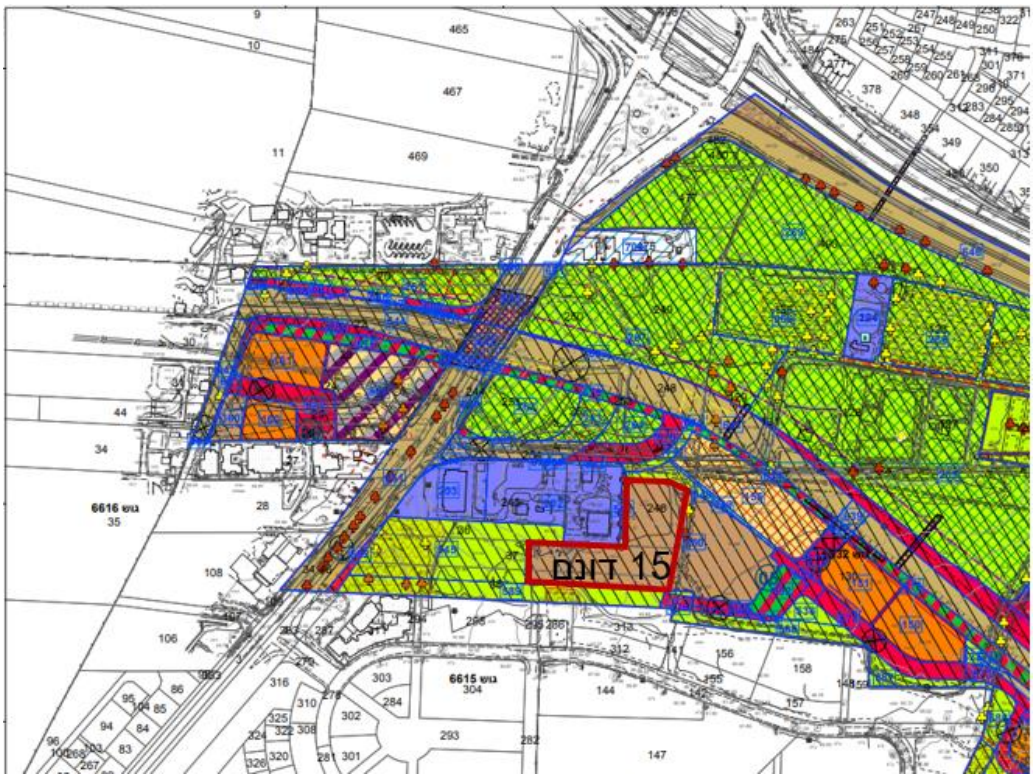
מוצע: שטח של 20 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.
במסגרת תוכנית מפורטת מס' 553-0116335 בשטח שיפוט רמה"ש.
שימושים גובלים: מוסדות ציבור ומגורים.
יעוד קיים: מוסדות ציבור.
הסכמות: מחוז, רמ"י ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

חלופה א - מר"ג – רמה"ש – תוכנית מפורטת מס' 553-0217760:



חלופה נבחרת – בי"ח גריאטרי – רמה"ש – 15 דונם – במסגרת תכנית מס' 553-0116335:



מחוז תל אביב – בי"ח כללי איכילוב – שלוחות צפון ומרכז

מוצע: מוקד חירום רפואי ושירותים רפואיים כולל אשפוז לגיל השלישי – ת"א - במתחם ויצו – רח' וייצמן פינת שד' דוד המלך. קרקע מדינה ורשות מקומית (רמ"י ועיריית ת"א).
מוצע הקצאת שטח בנוי של 60,000 מ"ר במסגרת תכנית בהכנה לכל המתחם של 17.1 דונם.

בנוסף, **מוצע:** שלוחת איכילוב צפון במסגרת תכנית מאושרת מס' תא/4/3700 מתחם 4 רובע צפון מערב העיר על המשך רח' אבן גבירול. שטח של 2588 מ"ר.
הסכמות: בהתאם לתכנית ביה"ח איכילוב ובתאום עם עיריית ת"א.



מקור: תכנית אב בי"ח איכילוב

מיקום מוצע - מתחם איכילוב ומתחם ויצו:



מקור: Govmap

מחוז תל אביב – בי"ח גריאטרי ומוקד חירום רפואי – נווה שרת

מוצע: הקצאת שטח של 20 דונם לבית חולים גריאטרי (שטח בנוי של כ- 30,000 מ"ר) ומוקד חירום ושירותים רפואיים (בהיקף של כ- 30,000 מ"ר) השטח הינו בסמיכות למרכז תחבורה ציבורית ותחנת מטרו עתידית. המיקום יאותר כחלק מתכנית מפורטת אשר נמצאת בתכנון נווה שרת מזרח.

הוראות התמ"א יכללו סעיף גמישות אשר יאפשר במסגרת תכנית מפורטת דיוק הפוליגון ברדיוס של עד 0.5 – 1.0 ק"מ ובתנאי שיוקצה השטח הנדרש בנגישות טובה לתח"צ ושאינו גובל במטרדים ציבוריים.

תכנית נפחית בשכונת נווה שרת מזרח:



מיקום הפוליגון על גבי מצב מאושר:



מחוז תל אביב – בי"ח גריאטרי ומוקד חירום רפואי – מתחם אורות

מוצע: הקצאת שטח של 20 דונם לבית חולים גריאטרי (שטח בנוי של כ- 30,000 מ"ר) ומוקד חירום ושירותים רפואיים (בהיקף של כ- 30,000 מ"ר).

שטח הקרקע המוצע בבעלות מדינה + עירייה. חלק ממתחם גדול בבעלות עירייה ופרטיים. תכנית עתידית תסדיר את חלוקת השטח בין השימושים השונים ואת מיקומו המדויק של ביה"ח ומוקד החירום.

הוראות התמ"א יכללו סעיף גמישות אשר יאפשר במסגרת תכנית מפורטת דיוק הפוליגון ברדיוס של עד 0.5 -1.0 ק"מ ובתנאי שיוקצה השטח הנדרש בנגישות טובה לתח"צ ושאינו גובל במטרדים ציבוריים.

מיקום מוצע על גבי מצב תכנוני מאושר:

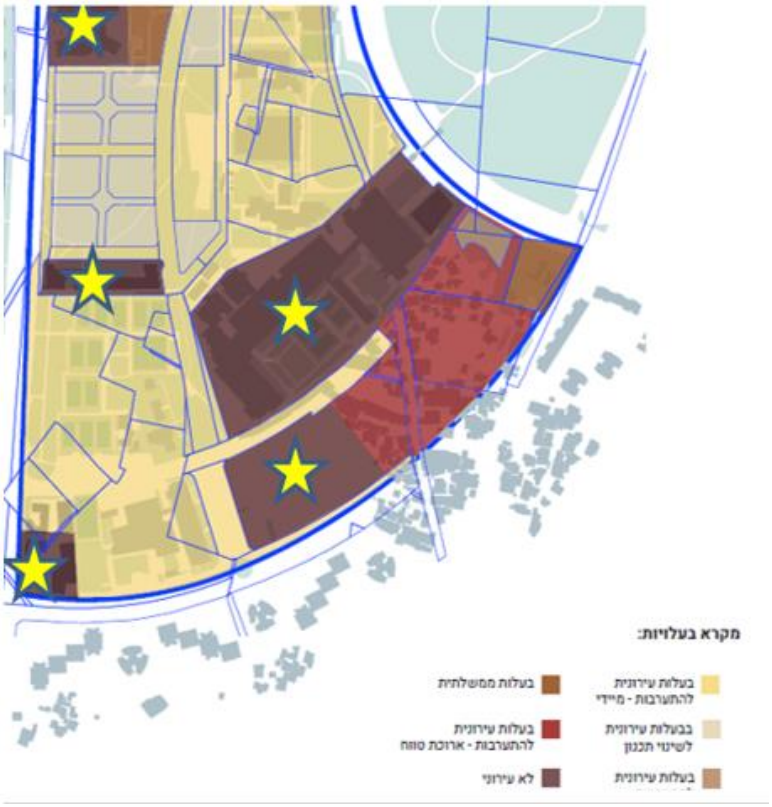


מיקום מוצע ייעודי קרקע:



(מתוך GIS עיריית ת"א)

בעלויות:



(מתוך GIS עיריית ת"א)

הצגת הקצאות הקרקע למוסדות הבריאות המוצעים בתכנית – בחינת חלופות – מחוז דרום:

מחוז דרום – קרית גת – בי"ח כללי משולב – 150 דונם

מוצע: שטח של 150 דונם (שטח מפוצל של שני מתחמים – תאי שטח 471, 479) ליעוד בי"ח כללי משולב בבעלות קרקע מדינה.

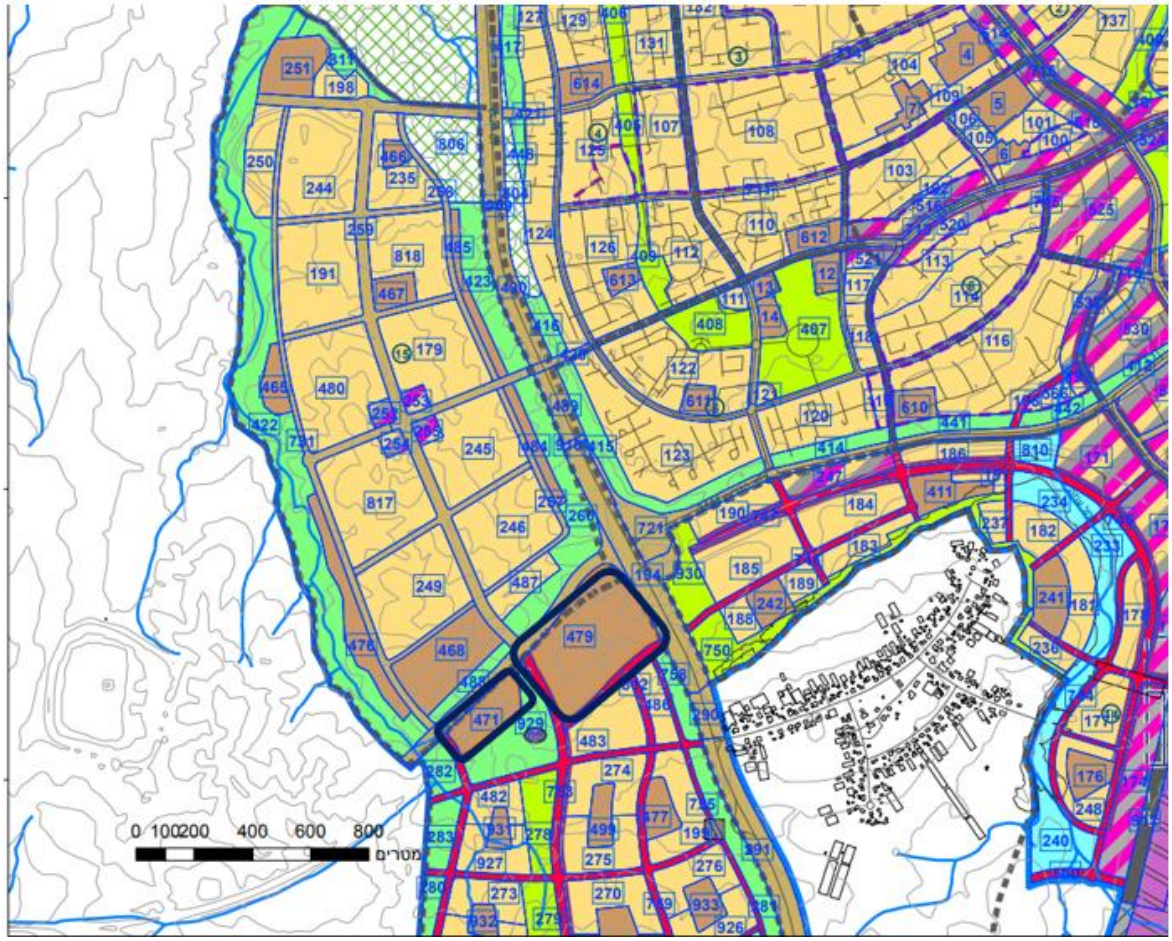
במסגרת תוכנית מתאר כוללנית קרית גת תמ"ל 606-0670539. הנגישות לבי"הח טובה ברמה העירונית והאזורית – קרבה לכביש 40. ביה"ח משתלב בפיתוח עירוני.

שימושים גובלים: פיתוח עירוני – מגורים.

יעוד קיים: מוסד ציבורי – בי"ח במסגרת תכנית מתאירת.

הסכמות: המחוז, רשות מקומית ומשרד הבריאות.

מיקום נבחר – בי"ח כללי משולב – קרית גת: תכנית 606-0670539:



מחוז דרום – נתיבות – מר"ג – 30 דונם

מוצע: שטח של 30 ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה בשטח שיפוט נתיבות. המיקום המוצע נמצא בסמוך לצומת המחבר בין כביש 25/34 ובקרבה לתחנת רכבת עתידית ובסמיכות למסוף תחבורה העירוני של נתיבות. נגישות טובה ברמה האזורית מכביש 25. תואם ומשתלב בפיתוח העירוני העתידי.

שימושים גובלים: פיתוח עירוני – מגורים.

יעוד קיים: חקלאי.

הסכמות: המחוז, רשות מקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

מיקומים נוספים בנתיבות נפסלו עקב העדפות העיריה – פיתוח ביה"ח במסגרת התחדשות העיר.

מיקום נבחר – מר"ג – נתיבות:

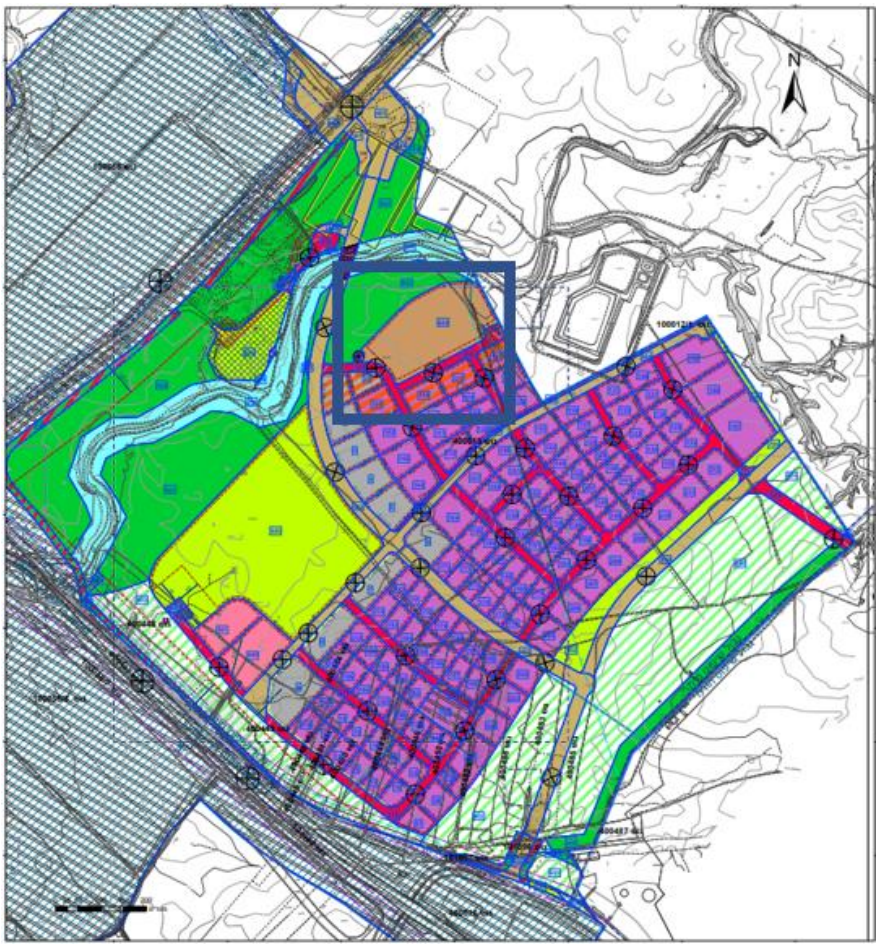


מחוז דרום – צומת שוקת – מר"ג – 30 דונם

מוצע: שטח של 30 ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בבעלות קרקע מדינה.
במסגרת תוכנית מס' 615-0640342 'אזור תעשיה צומת שוקת – הרביע המזרחי' בהכנה. נגישות אזורית טובה לביה"ח.
התכנית תסמן את השטח של 30 דונם בתחום השטח החום כשטח מיועד לבי"ח עם הפרדה של שטח ירוק של כ- 10 דונם מאזור התעסוקה.
שימושים גובלים: במסגרת תכנית בהכנה – שטח פתוח ושטח תעסוקה עם הנחיות מיוחדות.
יעוד קיים: שטח למוסדות ציבור במסגרת תכנית בהכנה.
הסכמות: המחוז, הרשות המקומית ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:
נבחנו מספר מיקומים בצומת שוקת - במסגרת תכנית מתאר ל-4 הרביעים מס' 57/305/02/7 אשר קבעה ברביע המערבי והרביע הדרומי שטחים מתאריים למבנים ומוסדות ציבורים.

מיקום נבחר – מר"ג – צומת שוקת - תוכנית מס' 615-0640342:



מחוז דרום – דימונה – מר"ג – 30 דונם

מוצע: שטח של 60 ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בשילוב מוקד חירום רפואי במסגרת תכנית 607-0359828 – דימונה צפון מזרח – שלב ב (מגרשים 416-418).

השטח המוצע בעלות קרקע מדינה.

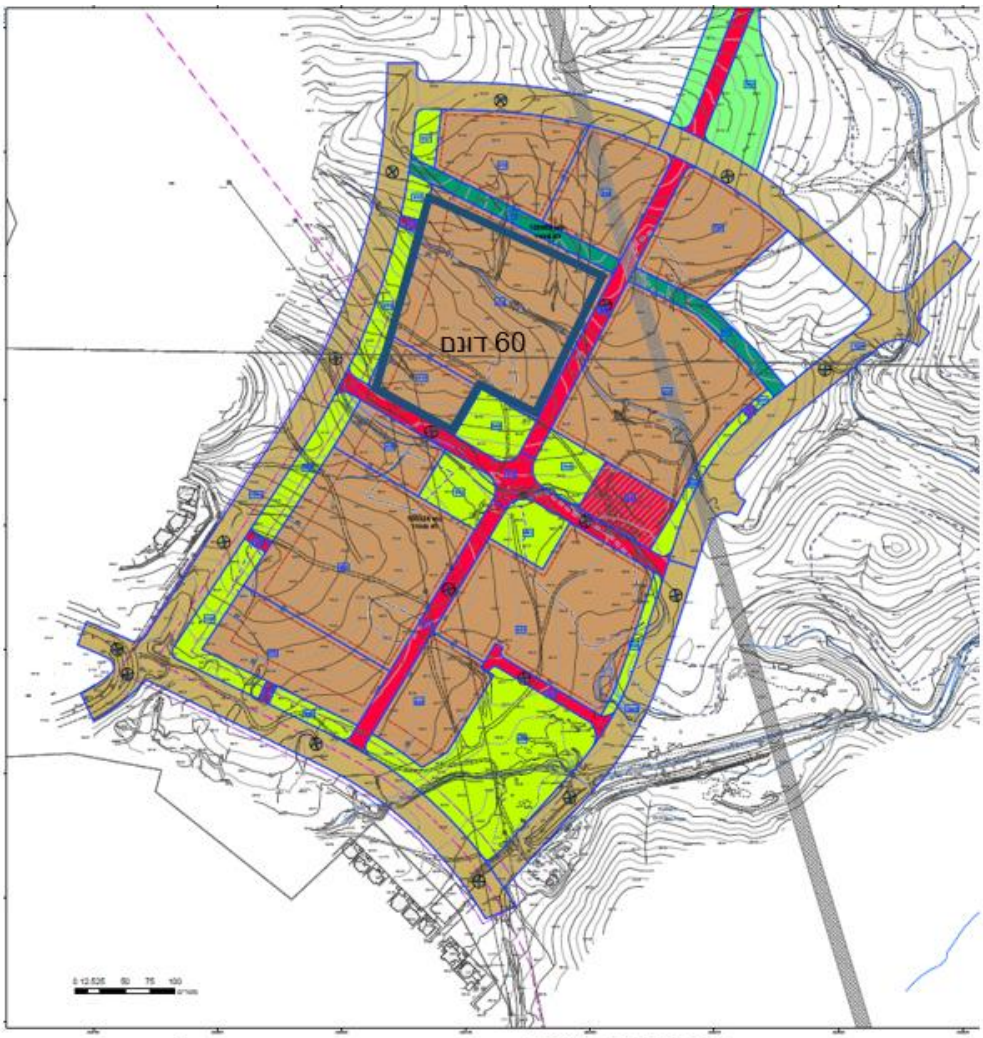
שימושים גובלים: שטח פתוח, מבנה ציבור וקרבה למגורים.

הסכמות: עירית דימונה, המחוז ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

הוצעו מס' מיקומים ע"י הועדה המחוזית וצוות התכנון כולל בתחום ההאב התחבורתי העתידי בעיר ובתכניות מאושרות במתחם כיתן דימונה. נפסלו עקב בעיות תכנוניות והעדפות העירייה.

מיקום מוצע – מר"ג – דימונה:



פוליגון מוצע: תכנית 607-0359828 – דימונה צפון מזרח – שלב ב

מחוז דרום – ערד – מוקד חירום רפואי – 5 דונם

מוצע: שטח של 5 ליעוד מוקד חירום רפואי בבעלות קרקע מדינה.

במסגרת תכנית מפורטת מס' 107/03/24. נגישות מקומית טובה, בצמידות לתחנת משטרה.

שימושים גובלים: מבנה ציבור.

הסכמות: המחוז, רשות מקומית ומשרד הבריאות.

יעוד קיים: מבנה ציבור.

בחינת חלופות:

נבחנו מספר אתרים בישוב. נפסלו עקב בניה קיימת והעדפות העיריה.

מיקום נבחר – מוקד חירום רפואי - ערד:





מחוז דרום – מצפה רמון – מוקד חירום רפואי – 5 דונם

מוצע: שטח של 5 ליעוד מוקד חירום רפואי בבעלות קרקע מדינה – כחלק ממגרש של 11 דונם.
במסגרת תכנית מס' 27/02/101/25.

נגישות טובה לביה"ח, בקרבה ובנגישות מכביש 40. על פי תכנית המתאר מתוכנן טרמינל תח"צ בצד המזרחי של כביש 40.

שימושים גובלים: אזור משולב למלונאות ומסחר.

יעוד קיים: אזור משולב לתעסוקה, מגורים מיוחד, מלונאות ומסחר.

הסכמות: מחוז, עיריה ומשרד הבריאות.

בחינת חלופות:

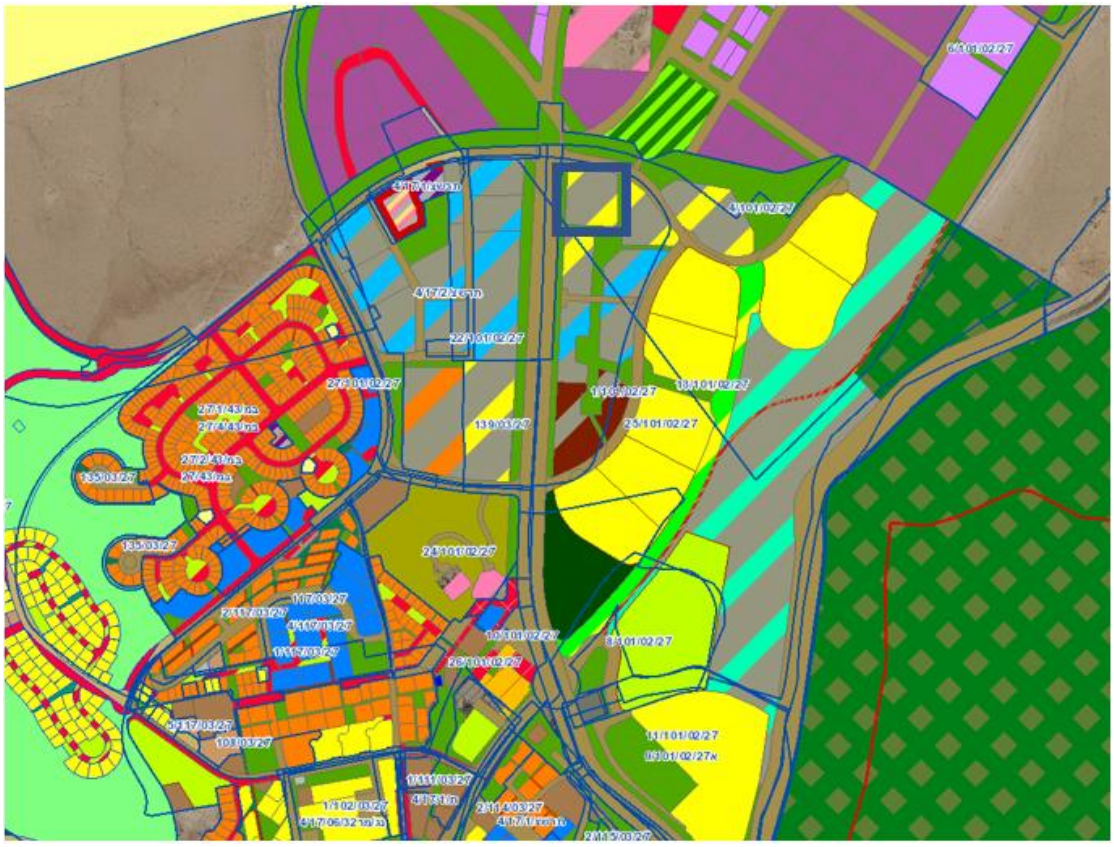
נבחנו מספר מיקומים במצפה רמון :

חלופה א - מגרש 6 בתכנית מס' 27 / 03 / 114 / 2. יעוד – בנייני ציבור. במגרש ישנו כיום בינוי מצומצם של תחנת ביקור רופא, מד"א מרכז הפעלה בחירום, כב"א ומשטרה. המגרש קרוב לכביש 40 ולמרקם המגורים וכבר קיימים בו שרותי החירום של הישוב. חסרונות : ריבוי משתמשים במצב קיים.

חלופה ג – תכנית מס' 4/101/02/27 – אזור תעשיה ומלאכה זעירה נקיה. נשקלת הקמת טרמינל לתחב"צ בעתיד. קרבה לכביש 40. בנחיתות לעומת חלופה נבחרת.

נפסלו עקב העדפה לחלופה הנבחרת.

מיקום נבחר – מוקד חירום רפואי – מצפה רמון:



מחוז דרום – כסיף – בי"ח גריאטרי ומוקד חירום רפואי – 50 דונם

מוצע: שטח של 50 דונם ליעוד מר"ג – בי"ח גריאטרי בשילוב מוקד חירום רפואי במסגרת תכנית 610-0729863 – תב"ע כסיף שבצומת תל ערד.

השטח המוצע בעלות קרקע מדינה. הפוליגון המסומן יכלול בית חולים גריאטרי, מוקד חירום רפואי, שירותים רפואיים נוספים ומרכזי הכשרה מקצועית לתחום הרפואה.

הסכמות: מחוז, משרד הבריאות ומשרד השיכון והבינוי.

מיקום מוצע – בי"ח גריאטרי ומוקד חירוף רפואי כסיף – 50 דונם:

תכנית מס' 610-0729863:



תמ"א 49, דו"ח שלב ג'

חלק חמישי:

סיכום עמדות, גורמים רלוונטיים וציבור מעוניין

25/07/2019 | **יום עיון - אוניברסיטת בן גוריון** | **הכרת מערכת הבריאות בישראל** | רונית מזר, פיאנה קרנץ, שחר סולר, אוהד ברנר, מאיה טופול, מחן גרינברג, נהל התכנון אגף תכנון ארצי; אבי בן זקן, משה רונן, סיגל ליברנט טאוב, רייצ'ל ברנר שלם, משרד הבריאות; עמוס כץ, דן גרינברג, גבי בן נון, דניאל אלבו, אודיה כהן, אונ' בן גוריון בנגב; מילכה דונחין, יו"ר רשת ערים בריאות; לאוניד מזור, שירותי בריאות מאוחדת; דודי ניניו, נועם חן, קופ"ח מכבי; אבי תורג'מן, אורנה כהן, קופ"ח לאומית; רפי אלמליח,רמ"י; רם אלמוג, המשרד להגנת הביבה; הרצל ג'אן.

22/08/2019 | **הכרת מערך שירותי בריאות כללית** | אדר' אבי תורג'מן, אחראי תחום בינוי בכללית; משה רונן, מנהל תחום תכנון במשרד הבריאות

19/08/2019 | **יום פגישות מרוכז עם מובילי תוכניות במשרד הבריאות** | ד"ר בועז לב, מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר; ד"ר שושי גולדברג, אחות ארצית משרד הבריאות; רייצ'ל ברנר-שלום, ראש מינהל תכנון אסטרטגי משרד הבריאות; ד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת רפואה משרד הבריאות; ז'ק תגר אמסלם, ראש מערכת GIS ומנהל תחום BI במשרד הבריאות; פרופסור איתמר גרוטו, מוביל תוכניות לאומית למיונים במשרד הבריאות; מתכננת רחלי קולסקי מנהלת אגף קרקע, מים ומוסדות ציבור לאומיים, מנהל התכנון; אבי תורג'מן, סמנכ"ל בינוי קופ"ח כללית.

03/09/2019 | **יום עיון - אוניברסיטת בן גוריון** | היבטים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים של מערכת הבריאות בישראל.

18/09/2019 | **הכרת מערך קופ"ח לאומית** | ניסים אלון, מנכ"ל קופ"ח לאומית

19/09/2019 | **היכרות עם מדיקל סנטר** | דני אנגל, מנהל מדיקל סנטר הרצליה; דר אריק סיטון, מנהל רפואי

27/09/2019-22, סיור תמ"א 49 בבלגיה ובאיטליה | הכרת מערכות הבריאות במדינות בלגיה ואיטליה והשוואתן למערכת הישראלית

03/10/2019 | **היכרות עם ההסתדרות הרפואית (הר"י)** | פרופ' ציון חגי, יו"ר הר"י; זיוה מירל, דוברת האיגוד; אורי לרנר, מנהל עמותת מידה – הנגשת ידע בבריאות הציבור; דר' זיוה שטאל, משרד הבריאות קידום בריאות דרום; אילנה ציגלר, המועצה הלאומית לקידום בריאות האישה; ליברמן, משרד הבריאות; מנהלת אגף הנדסה קופ"ח כללית; אבי תורגמן, שירותי בריאות כללית; אבי בן זקן, משרד הבריאות; משה רונן, משרד הבריאות; לילך וולצקי, הפורום למניעת שחיקת רופאים; חגי לוין, בריאות הציבור הדסה; ויקטור וייס, השל, תכנית 2050; שירה כסליו הפורום למיגור העישון.

24/10/19 | **פגישה עם אסותא** | פרופ' שוקי שמר, יו"ר אסותא מרכזים רפואיים; ד"ר וניה וולך, מנהלת שיווק אסותא; יוסי, ראש אגף תכנון וארגון ומזכיר אסותא; ד"ר רועי ברנע, חוקר ראשי באסותא

24/10/2019 | **שירותי בריאות כללית** | פרופ' אהוד דוידסון, מנכ"ל כללית

03/11/2019 | **קופ"ח מאוחדת** | סיגל רגב, מנכ"ל קופ"ח מאוחדת, ד"ר דודי מוסינזון, סמנכ"ל רפואה, איתן דר, מנהל כספים ואיילה בן דהן, מנהלת אגף רכש, קופ"ח מאוחדת; ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות

05/11/2019 | **סיור במרכז רפואי שמיר** | פרופ' אורנה טל, סגנית מנהלת מרכז רפואי שמיר; יפתח אילן, מנהל אדמיניסטרטיבי; אלי – מהנדס מרכז רפואי שמיר; ניר כספי ומשה רונן, משרד הבריאות.

13/11/19, 16:00 -17:0 | **הכרות עם מכבי שירותי בריאות** | רן סער - מנכ"ל מכבי שירותי בריאות

17/11/2019 | **פגישה עם מכון גרטנר** |

09/01/2020 | **מפגש רפואה בקהילה, באר שבע** |

09/01/2020 | **סיור במרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה, באר שבע** |

30/01/2020 | **סיור במרכז הרפואי זיו, צפת** |

03/02/2020| **המרכז הרפואי שיבא, תל השומר** |

20/05/2020 | **פגישה עם צוות מומחים, אונ' בן גוריון** | פרופ' דן גרינברג, המחלקה לניהול מערכות בריאות; פול בארך; פרופ' יוסף פילסקין, המחלקה לניהול מערכות בריאות; מוריה אלן, אודיה כהן

26/05/2020 | **פגישה עם צוות מדיטק** | ד"ר שגית ארבל-אלון – רופאה ראשית משרד הרווחה (לשעבר מנהלת האגף לתכנון מדיניות במשרד הבריאות), ד"ר גיל ביא – ראש אגף תכנון ואסטרטגיה שירותי בריאות כללית, ד"ר מירי מזרחי ראובני – סמנכ"ל אסטרטגיה מכבי שירותי בריאות, ד"ר סיגל שפרן–תקוה – מנהלת מרכז הדסה למחקר וחדשנות בסיעוד, אדיר פרידור – מתמטיקאי יו"ר מכון טכנולוגי, פרופ' קובי גלזר – ראש התכנית למנהל מערכות בריאות באוני ת"א, ד"ר אריאל (אלי) לויטה – לשעבר ראש הוועדה לביטחון בינלאומי ולבקרת נשק במשרד הביטחון, ד"ר יובל כהן – פרויקטור קורונה, רונן ולפיש – מזכיר הצוות

03/06/2020 | **אגף גריאטריה ומנהל תכנון אסטרטגי, משרד הבריאות** | אירית לקסר, איריס רסולי, חני שרודר, צפי הלל- דיאמנט, משה רונן, ניר כספי, משרד הבריאות; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

22/06/2020 | **סיור בקהילה אקולוגית, פרדס חנה** | ערן מנכ"ל הקהילה, ענת מנהלת הקהילה, ד"ר טל ברגמן לוי, ראש האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות; אודי , משרד הבריאות; דני בודובסקי, משרד הבריאות; רחלי קולסקי – מנהל התכנון

22/06/2020 | **סיור בבית מאזן, כפר יונה** | פרופ' פסח ליכטנברג, מנהל סוטריה; אורן, פסיכיאטר; יאיר ,מנהל הבית המאזן; אסנת , אחות הבית; ד"ר טל ברגמן לוי, ראש האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות; אודי , משרד הבריאות; דני בודובסקי, משרד הבריאות; רחלי קולסקי – מנהל התכנון

12/07/2020 | **פגישה עם אגף אסטרטגי מנהל התכנון** | שחר סולר, רונית מזר, רחלי קולסקי, מאיה טופול, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון; משה רונן, נועם הירש, משרד הבריאות; אבי תורג'מן, שירותי בריאות כללית

28/07/2020 | **סיור במרכז הרפואי רבין, פ"ת** | ד"ר איתן וירטהיים – מנהל המרכז הרפואי רבין; ד"ר אלי דרייפוס – משנה למנהל המרכז הרפואי רבין; אליעזר אלחדד – מהנדס ראשי, מרכז רפואי שניידר.

28/07/2020 | **סיור במרכז שניידר לרפואת ילדים, פ"ת** |

28/07/2020 | **סיור במרכז לבריאות הנפש גהה, פ"ת** |

10/08/2020 | **סיור במרפאת לין ומחוז חיפה, שירותי בריאות כללית** | רונן נודלמן – מנהל מחוז חיפה וגליל מערבי, שירותי בריאות כללית; ד"ר לילך צולר – רופאת מחוז חיפה, שירותי בריאות כללית; ד"ר ארז אלון – מנהל מרפאת לין; רן אהרון – מנהל אדמיניסטרטיבי מרפאת לין;

13/09/2020 | פגישה עם צוות משה כהן – בתי חולים מתוכננים עתידיים | משה כהן, אמיר קולקר, שרון כהן, עילם טייכר, צוות תכנון משה כהן; משה רונן, משרד הבריאות

14/09/2020 | **פורום בריאות הציבור הר"י** | ציפי ברוק – רכזת ארגון רופאי בריאות הציבור הר"י; פרופ' נתי קלר – מנהל מיקרוביולוגיה קלינית תל השומר, יו"ר לשעבר איגוד מחלות זיהומיות; פרופ' טד טולצינסקי – משרד הבריאות בי"ס לבריאות הציבור אונ' העברית לשעבר, ממייסדי החוג לבריאות הציבור במכללת אשקלון; פרופ' רחל דנקנר - מומחית בריאות ציבור מכון גרטנר, מנהלת מכון מחקר ופתוח של רעות בי"ח שיקומי; ד"ר זיוה שטהל – לשכת בריאות דרום משרד הבריאות, אונ' בן גוריון ומכללת אשקלון; דורית אדלר – תחום התזונה נשיאת הפורום הישראלי לתזונה בת קיימא, המועצה הלאומית לקידום הבריאות; אילנה– האגודה לתכנון המשפחה, המועצה הלאומית לבריאות נשים; שירה כסליו – מנכ"ל המיזם למיגור העישון, לשעבר סמנכ"ל מחקר ופיתוח בטרם; אורי לרנר – מנהל מקצועי עמותת מדעת; בישארה בישארת – יו"ר החברה לקידום הבריאות באוכלוסייה הערבית בהר"י, לשעבר בי"ח הסקוטי בנצרת; ליטל גרוסמן – מנהלת מח' מדיניות בריאות עמותת רופאים לזכויות אדם

16/09/2020 | **פורום מנהלי בתי החולים הר"י** | מיקי הלברטל – מנהל בי"ח רמב"ם; מיקי דודקוביץ' – מנהל בי"ח הלל יפה; אוהד הוכמן – מנהל בי"ח בני ציון; הגר מזרחי – מנהלת בי"ח פוריה; מסעד ברהום – מנהל בי"ח גליל נהריה; יניב שרר – מנהל בי"ח ברזילי; ארנון אפק – משנה למנהל בי"ח שיבא; ענת אנגל – מנהלת בי"ח וולפסון; איריס קלריס – סגנית מנהלת בי"ח וולפסון; קרן הולצמן – סגנית מנהלת בי"ח וולפסון

29/09/2020 | **רשת ערים בריאות** | מילכה דונחין – יו"ר רשת ערים בריאות; דרורה מלוביצקי – רכזת פרויקטים רשת ערים בריאות; רולא ח'טיב – מקדמת בריאות נפת נצרת משרד הבריאות; מירי רימון – מתאמת בריאות באשקלון, מפעילה תכניות קידום בריאות בבתי ספר; מירי רייס – מתאמת בריאות ירושלים, מתמקדת בתכנון עירוני בריא; מיכל דוידוביץ' – דיאטנית ישובית ומתאמת בריאות מבשרת ציון; שולי ברס – מחלקה לקידום בריאות משרד הבריאות; תחיה קרבטרי – רכזת מנהלית של רשת ערים בריאות; שירלי רחמיאל – דיאטנית, אגף לתזונה, מרכזת תחום תזונת נוער ותחום גינות קהילתיות;

אחלאם חמיס - מקדמת בריאות, לשכת בריאות מחוז חיפה; אורלי גיירו – מתאמת בריאות יבנה; רונה פויירינג – רכזת בריאות מועצה אזורית בני שמעון; אילנה שמלה-ללום - רכזת מקצועית רשת ערים בריאות לשעבר מנהלת מחלקת בריאות אשדוד; שרון ג'ורג'י – מנהלת מחלקת קידום בריאות וחוסן עירוני כפר סבא; אתי אביר – מקדמת בריאות בגן יבנה;

פאתן רטאס – מנהל פעילות האגודה למלחמה בסרטן בחברה הערבית; איב אופל – מתאם בריאות נתניה; יערה בן הראש – מקדמת בריאות מועצה אזורית גזר; שוש גן נוי – קידום בריאות, שירותי בריאות כללית; סאמיה סעד – מתאמת בריאות מע'אר; תמר לרר – מקדמת בריאות בני ברק; שחר לב ארי – ביה"ס לבריאות הציבור אוני' ת"א; מיכל אלימלך – מקדמת בריאות מודיעין-מכבים-רעות; רגדה ברכאת – אגף תזונה משרד הבריאות; סמדר אלינסון – מקדמת בריאות מכבי שירותי בריאות; רונית אנדולט – מנהלת אגף התזונה במשרד הבריאות;

עליזה אבנעים – מתאמת בריאות מעלה אדומים ; מיכל נאור – מתאמת בריאות מועצה אזורית גולן ; כוכי נדב – מתאמת בריאות ראשל"צ ; אוריאנה נגר - מתאמת בריאות רעננה מורן בלייכפלד – אגף התזונה משרד הבריאות ; רוחמה פרנקל – דיאטנית, לשעבר, מתאמת בריאות בני ברק ; ברוך שטל

11/10/2020 | פגישה עם צוות מומחים, אונ' בן גוריון | פרופ' דן גרינברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות והפקולטה לניהול ; פרופ' גבי בן נון – המחלקה לניהול מערכות בריאות ; פרופ' יוסף פליסקין – המחלקה להנדסת תעשיה וניהול והמחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב ; פרופ' אבישי גולדברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות ובמחלקה לרפואת חירום, אוניברסיטת בן גוריון בנגב ; ד"ר יובל ביטן – המחלקה לניהול מערכות בריאות ; ד"ר רועי ברנע – חוקר ראשי, צוות מכון אסותא לחקר שירותי בריאות.

21/10/2020 | המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכת הבריאות | יו"ר - ד"ר בני דוידזון, גב' נעמי אסולין, מר אבי בוסקילה, גב' לאה בוצר, ד"ר ארז בירנבוים, מר אבי בן זקן, ד"ר אילן זלינגר, ד"ר חנן טל, מר עופר לוי, מר גדי כהן, גב' אורית לב, מר טל ניקחו, ד"ר זאב סנדר, מר רוני צדוק, מר אלי צימלס, גב' רינה שימונוב, מר חמי שמיר, מר דוד רונאל, מר שמואל רזניקוביץ', ד"ר זיו רוזנבוים, ד"ר רם שגיא.

25/10/2020 | דיון בנושא מנחתים מנהל התכנון | אלון ישעיהו, משרד הביטחון ; משה בר-גיל, דודי לוטאטי, חיל האויר ; אור זקן עמית, רת"א ; משה רונן, משרד הבריאות ; רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, אסף אנטמן, סיגי בארי, מנהל התכנון

28/10/2020 | אגף גריאטריה, משרד הבריאות | אירית לקסר, איריס רסולי, ניר כספי, אריאל יקים, משרד הבריאות

01/11/2020 | המרכז הרפואי הלל יפה, חדרה | מיקי דודקוביץ', דינה פיינבלט, אמנון בן משה, אבו בנימין, אור סרי - הנהלת בי"ח הלל יפה ; אבי בן זקן, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש, עדי שילינג גלזר - משרד הבריאות ; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

08/11/2020 | פגישה עם צוות מומחים אונ' בן גוריון |

09/11/2020 | הקריה הרפואית רמב"ם, חיפה | ד"ר מיקי הלברטל – מנהל המרכז, אריה ברקוביץ- מנהל הבינוי, קובי בוסל -מנהל האחזקה, ד"ר מיכל מקל –סגנית מנהל המרכז הרפואי, ד"ר יעל שחור - סגנית מנהל המרכז הרפואי, ד"ר נתי הורוביץ – רופא המטולוג, מתמחה במנהל רפואי - הנהלת בי"ח רמב"ם ; הדר סלע - סגנית מתכננת המחוז, נעמה עזריאל, מנהל התכנון מחוז חיפה, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

19/11/2020 | פגישת עבודה עם לשכת תכנון מחוז צפון | אבי בן זקן, משה רונן - משרד הבריאות ; אורי אילן, יהונתן כהן ליטאנט, ניצן בלין, דקלה עדי פרץ – מנהל התכנון, מחוז צפון

22/11/2020 | פגישת עבודה עם לשכת תכנון מחוז חיפה | ניר כספי, משרד הבריאות ; איתמר בן דוד, ליאת פלד, הדר סלע, נעמה עזריאל – מינהל התכנון, מחוז חיפה ; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

24/11/2020 | מפגש עם רת"א | דדי מנשה - מנהל מחלקת שדות תעופה והגבלות בנייה, אור זקן עמית, פיני ברגר, רת"א ; ליאור בורג, חיל האוויר ; משה רונן, משרד הבריאות ; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון.

26/11/2020 | **פגישה בנושא מנחתים, מנהל התכנון** | אלון ישעיהו, ליאור בורג, אומרי צ'יפורט, שחר אלוני, משרד הביטחון ; אור זקן עמית, רת"א ; משה בר-גיל, ליאור בורג, חיל האוויר ; משה רונן, ניר כספי, נועם הירש, משרד הבריאות ;
רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, אסף אנטמן, מנהל התכנון

08/12/2020 | **פגישת עבודה עם לשכת תכנון מחוז צפון** | דקלה עדי פרץ, ניצן בלין, רז עפרון, מינהל התכנון מחוז צפון ;
רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

09/12/2020 | **פגישת עבודה עם לשכת תכנון מחוז ירושלים** | שירה תלמי מתכננת המחוז, גידי בן עמי סגן מתכננת המחוז, מחוז ירושלים, מנהל התכנון, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון ; טליה שוסברגר, זהבה סדן, קיריל פקטה, לשכת בריאות מחוז ירושלים ; ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות

10/12/2020 | **פגישת עבודה עם לשכת תכנון מחוז מרכז** | גיא קפלן, שירה ברנד, טלי אלברט, עדית קרמר, מחוז מרכז, מנהל התכנון ; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון ; ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות

13/12/2020 | **פגישה עם פורום מומחים אונ' בן גוריון** | פרופ' דן גרינברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה למדעי הבריאות **ובפקולטה לניהול באוניברסיטת בן גוריון בנגב** ; פרופ' גבי בן נון – המחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה לניהול באוניברסיטת בן גוריון בנגב ; פרופ' אבישי גולדברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות ובמחלקה לרפואת חירום, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

14/12/2020 | **פגישת עבודה לשכת התכנון מחוז תל אביב** | ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות ; פיאנה קרנץ, מינהל התכנון ; חווה ארליך, דניאלה פוסק, טלי דותן, יעקב קרייזלר, ולרי פוהורילס, לשכת התכנון מחוז ת"א.

14/12/2020 | **המרכז לבריאות הנפש, שער מנשה** | לאה בוצר, מנהלת אדמיניסטרטיבית, ד"ר שירלי פורטוגז, סגנית מנהל, ד"ר מולי לינדר סגן מנהל, יוסף אולישינסקי מהנדס ראשי, שער מנשה ; פיאנה קרנץ, רחלי קולסקי, מנהל התכנון ; משה רונן, משרד הבריאות

16/12/2020 | **אגף אסטרטגיה, מנהל התכנון** | שחר סולר, רוני בר, חן גרינברג, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון ; משה רונן,
משרד הבריאות

23/12/2020 | **מרכז רפואי העמק** | ד"ר זיו רוזנבוים – מנהל ביה"ח, ד"ר עופר תמיר – סגן מנהל ביה"ח, חן בן יצחק – עוזר מנהל ביה"ח, מרכז רפואי העמק ; ניצן בלין, לשכת תכנון מחוז צפון ; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון ; ד"ר אבינועם פירוגובסקי – ראש אגף רפואה של חטיבת בתי החולים, אבי תורג'מן – ראש מערך תכנון, רינת – מנהלת מחלקת האקרדיטציה, אחראית על נושאי בינוי, קופ"ח כללית

28/12/2020 | **סמנכ"ל משרד הבריאות** | איתמר גרוטו, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש, משרד הבריאות ; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

29/12/2020 | **המועצה הלאומית לגריאטריה** | **ד**"ר יהושע שוני בן ישראל, יו"ר המועצה, ד"ר לאה אהרוני, גב' חגית איתמרי, עו"ס עדינה אנגלרד, ד"ר טניה בוגוסלבסקי, גב' אורנה בר, ד"ר ליאורה בר טור, ד"ר שי בריל, פרופ' חוה גולנדר, פרופ' יעקב גינדין, פרופ' צבי דוולצקי, גב' צפי הלל דיאמנט, ד"ר אביטל הרשקוביץ, גב' זהבה ויזר, פרופ' משה זוננבליק, גב' אורנה זמיר, גב'

דורית יצחקי, ד"ר אהרון כהן, גב' יוספה כחל, ד"ר מעיין כץ, ד"ר יפה לרמן, ד"ר אירית לקסר, ד"ר גדי מנדלסון, ד"ר ראובן פרידמן, ד"ר זוריאן רדומילנסקי, גב' לריסה ראם, ד"ר שלי שטרנברג, ד"ר אורלי הרצברג,

גב' יעל רותם גלילי, גב' חני שרודר, גב' ראומה קורץ, מר מיכאל קוניאבסקי, ד"ר הילה זהרוני, גב' ורה רוזנפלד,

ד"ר רם שגיא, פרופ' מרק קלרפילד, ד"ר אורית שטיין רייזנר, ד"ר איריס רסולי.

גב' סיגל אברבנאל, גב' רותי אופיר, גב' תהילה בוזגלו, גב' אורנה ביטון, פרופ' אליוט ברי, גב' רוני כידור, מר ניר כספי, גב' ענת מרגל, מר פרדי סלומון, מר יוחנן סמואל, גב' ענת צח-צור, גב' רחלי קולסקי, גב' סיגלית לבונסקי, גב' דפנה לוי, גב' ננסי קארפ עפארי, גב' חנה קפקא.

29/12/2020 | הצגת שלב א + ב בולנת"ע | חברי הולנת"ע: אחמד דבאח, מנהל התכנון: דלית זילבר, רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ; משרד הבריאות: איתמר גרוטו, אבי בן זקן, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש; משרד הביטחון: אלון ישעיהו; משרד האוצר: רועי רייכר, דניאל פדון; משרד ראש הממשלה: גלבוע זינגר; משרד להגנת הסביבה: ג'רמי בן שלום משרד השיכון: שלומית גרטל; משרד האנרגיה: דורית הוכנר; קופת חולים כללית: רות רלבג; לשכת תכנון תל אביב: אורית צבר; לשכת תכנון צפון: ניצן בלין; לשכת תכנון חיפה: נעמה עזריאל; נציגי קופות חולים: אבי תורג'מן, כללית; החברה להגנת הטבע: דרור בוימל, אסף זנזורי; רט"ג: ניר אנגרט; מועצות מקומיות: עמיר ריטוב; צה"ל: גיורא זינגר; בית חולים שיבא: טל אינהורן; טילי לנדאו, רענן אמויאל, איל מהריאן, אילן טייכמן, , הלל זוסמן, טלי אלברט, יפתח סומך, רותם ארז, אילה גלדמן, שמעון גואטה, אלכס שוורצר, ברוך יוסקוביץ', חנה ויטלזון

30/12/2020 | פגישה בנושא נגישות אווירית ותחבורתית לבתי חולים|

04/01/2021 | המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים | פרופ' עופר מרין – מנהל מרכז רפואי, ספי מנדלוביץ', סמנכ"ל רפואה, עו"ד דורון נויוירט סמנכל מינהל ומשק, מרכז רפואי שערי צדק; ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות; חן שטיין- זמיר, טליה שוסברגר, קיריל פקטה, זהבה סדן, לשכת בריאות ירושלים; רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון; גידי בן עמי, לשכת תכנון מחוז ירושלים

06/01/2021 | פגישת עבודה עם לשכת תכנון מחוז דרום | תומר גוטהלף מתכנן המחוז, עודד פלוס יו"ר הועדה, רחל קטושבסקי סגנית מתכננת, מחוז דרום; רונית מזר, מנהל התכנון; משה רונן, משרד הבריאות

06/01/2021 | מרכז בריאות גריאטרי שהם פרדס חנה | טניה בוגוסלבסקי – מנהלת המרכז הרפואי, תמי פורת-פקר – סגנית מנהלת המרכז הרפואי, יהודה אביצור – מנהל אדמיניסטרטיבי, המרכז הרפואי שהם; משה רונן, משרד הבריאות;

13/01/2021 | פגישת עבודה עם לשכת תכנון מחוז חיפה | הדר סלע, נעמה סלע, שרון ברקת, מיכל דנציגר, לירון פרחי, מחוז חיפה; פיאנה קרנץ, מינהל התכנון; ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות

18/01/2021 | המרכז הרפואי האוני' הדסה | פרופ' זאב רוטשטיין – מנכ"ל הדסה, פרופ' יורם וייס - מנהל בית החולים עין כרם, ד"ר תמר אלרם - מנהלת בית החולים הר הצופים, ברונו לביא - משנה תפעולי למנכ"ל, אורי גולדשטיין מרכז רפואי הדסה; שירה תלמי – מתכננת מחוז י"ם, גידי בן עמי – משנה למתכננת המחוז, לשכת תכנון מחוז ירושלים; פרופ' חן שטיין-זמיר – רופאת המחוז, טליה שוסברגר - מנהלת המחלקה לבריאות הסביבה, זהבה סדן, קיריל פקטה, לשכת

בריאות מחוז ירושלים; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון; ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות

24/01/2021 | הנחות עבודה לתרחישי ביקושים בנושא פסיכיאטרי |

26/01/2021 | המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים | ד"ר ספי מנדלוביץ' – סמנכ"ל רפואה, סמנכ"ל בינוי; טליה שוסברגר, משרד הבריאות מחוז ירושלים; גידי בן עמי, לשכת תכנון מחוז ירושלים; ניר כספי, משה רונן; משרד הבריאות; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

02/02/2021 | מרכז רפואי בנימין | שימי ניומן, מנהל חברה הכלכלית של מטה בנימין, דייויד מרקוס, נציג המרכז הרפואי בנימין; ניר כספי, משרד הבריאות; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

04/02/2021 | מרכז רפואי גריאטרי בית רבקה, פ"ת | ד"ר מירה מרם – מנהלת מרכז רפואי גריאטרי בית רבקה; אבינועם פירוגובסקי – ראש אגף רפואה, אבי תורג'מן – אגף תכנון ובינוי, שירותי ביראות כללית; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

10/02/2021 | המועצה הלאומית לשיקום | יצחק נר זיו – יו"ר המועצה; אירית לקסר – ראש אגף גריאטריה משרד הבריאות; יולי טריגר – מנהל מחלקת השיקום בבי"ח סורוקה; ירון ששר; מורית בארי – בי"ח שיקומי לילדים; אורלי בוני – מרפאה בעיסוק במשרד הבריאות; רוני גאוגין – לשעבר אחראית רווחה במרכז רפואי רמב"ם; דלית – מנהלת ציוד שיקומי משרד הבריאות; דפנה גוטמן – שיקום ילדים במרכז רפואי תל השומר; עלאה חאג' – מנהל מחלקת שיקום בית בקופ"ח כללית מחוז חיפה והצפון; פרופ' איתמר גרוטו, משה רונן, ניר כספי, מנהל התכנון: פיאנה קרנץ; משרד הבריאות

16/02/2021 | המרכז הרפואי קפלן והמרכז הגריאטרי שיקומי הרצפלד, רחובות | ד"ר שרית אבישר אלינור – מנהלת בית החולים, אדריאן כץ – מהנדס בהי"ח, מרכז רפואי קפלן והרצפלד; אבינועם פירוגובסקי – ראש אגף רפואה, אבי תורג'מן – אגף תכנון ובינוי, שירותי בריאות כללית; תומר זוזוט, לשכת תכנון מרכז; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

16/02/2021 | פגישה עם צוות מומחים או'ן בן גוריון

17/02/2021 | המרכז הרפואי ברזילי, אשקלון | פרופ' יניב שרר – מנהל בית החולים, צחי כהן – מנהל אדמיניסטרטיבי, ענת צוראל פרבר – מנהלת רפואית, מרכז רפואי ברזילי; : תומר גוטהלף – מתכנן מחוז דרום; אילה גזית – סגנית מתכנן מחוז דרום; : ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

18/02/2021 | בית חולים אוגוסטה ויקטוריה, ירושלים | ד"ר האני אבדין – מנהל בית החולים, ד"ר אמין קונבאר, טארק בארקת, וואליד נאמור, בי"ח אוגוסטה ויקטוריה; ניר כספי, משרד הבריאות; פרופ' חן זמיר - רופאת מחוז לשכת בריאות ירושלים; זהבה סדן, קיריל פקטה, משרד הבריאות מחוז ירושלים

18/02/2021 | המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי, ת"א | אבי בן זקן, סמנכ"ל לוגיסטיקה, הנדסה ותשתיות, המרכז הרפואי ת"א.

21/02/2021 | המרכז לבריאות הנפש אברבנאל, בת ים | פרופ' יובל מלמד – מנהל בית החולים, זיו עיני – מנהל אדמיניסטרטיבי, מרכז בריאות הנפש אברבנאל; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

25/02/2021 | הנחות עבודה לתרחישי ביקושים בנושא פסיכיאטרי |

07/03/2021 | מוסדות רפואה בשכונות חדשות קרית גת |

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

10/03/2021 | **ד"ר שי בריל, גריאטריה** | שי בריל – גריאטר ראשי, אבי תורג'מן , שירותי בריאות כללית ; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

16/03/2021 | **מרכז רפואי מאיר, כ"ס** | ד"ר ירון מושקט – מנהל ביה"ח, מאיר – מנהל אדמיניסטרטיבי, ערן – מהנדס ביה"ח, מרכז רפואי מאיר ; אבי תורג'מן, שירותי בריאות כללית ; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

04/04/2021 | **הנהלת חטיבת בת"ח ממשלתיים, משרד הבריאות** |

07/04/2021 | **המרכז הרפואי הרצוג, ירושלים** | יחזקאל קיין – מנכ"ל, יעקב חביב – מנהל רפואי של ביה"ח, אורנה כהן – משנה למנכ"ל ביה"ח, המרכז הרפואי הרצוג ; אירית לקסר – ראש אגף גריאטריה, צפי הלל דיאמנט – אחות אחראית באגף גריאטריה, חני שרודר – תכנון אסטרטגי, ניר כספי – מנהל תכנון, משרד הבריאות ; איתן רובינשטיין, ועדה מחוזית ירושלים

22/04/2021 | **בית חולים לניאדו, נתניה** | נדב חן – מנהל ביה"ח, מנהל רפואי ביה"ח, זאב דויטש – מנהל תפעול ביה"ח, משה קליין – מהנדס ביה"ח, בי"ח לניאדו ; אפרת פרחי, עדנה בלומברג, לשכת תכנון מחוז מרכז ; משה רונן, ניר כספי, משרד הבריאות

25/04/2021 | **ישיבה בנושא מנחתים** | דלית זילבר, רונית מזר, רחלי קולסקי, מנהל התכנון, משרד האוצר ; רן אדלשטיין, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש, משרד הבריאות ; משה בר גיל, חיל האוויר ; דדי מנשה, אור עמית זקן,
רשות תעופה אזרחית ; אלון ישעיהו, משרד הביטחון

02/05/2021 | **מרכז רפואי גליל** | פרופ' מסעד ברהום – מנהל המרכז הרפואי, משה מיוחס – מנהל אדמיניסטרטיבי, מרכז רפואי גליל ; משה רונן, משרד הבריאות ; ניצן בלין, לשכת תכנון מחוז צפון

05/12/2021 | **מפגש עם מערך שיקום במשרד הבריאות** | ירון סחר, אורי גולדשטיין, איילת גרינבאום, משה רונן, משרד הבריאות ; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

12/12/2021 |**מפגש עם מחוז מרכז** | גיא קפלן, עדית קרמר, עדנה בלומברג, ליאור רגב, מיקי בלקני - לשכת תכנון מחוז מרכז ; אבי תורג'מן – שירותי בריאות כללית ; ניר כספי - משרד הבריאות ; פיאנה קרנץ - מנהל התכנון.

20/12/2021 | **מפגש שיתוף ציבור** | יסמין ענבר, האגודה לזכויות החולה ; יובל וגנר, נגישות ישראל ; יוהן אטלן, מועצת הנגב ; חובב ינאי, הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל ; דורון אורגיל, עיריית ערד ; ענאיא בנא, המרכז הערבי לתכנון אלטרנטיבי ; סירין חסן, המרכז הערבי לתכנון אלטרנטיבי ; עו"ד ענת אריאל, נגישות ישראל ; אחמד שייח מוחמד, אגודת הגליל ; מוחמד ח'טיב, אגודת הגליל ; שרונה אליהו חי, בזכות ; אדריס שאוקי, שלטון מקומי ; ראני גאבר, שלטון מקומי ; ליזה אידלמן – מנהלת תחום שיתוף ציבור, איילת גרינבאום אריזון – סמנכ"לית בכירה, אורי גולדשטיין – סמנכ"ל בכיר, נעם הירש – תחום ארצי (תכנון ובניה) בריאות הסביבה, משה רונן – מנהל תחום פרויקטים – מקרקעין, רחלי חאי – סטודנטית שיתוף ציבור, משרד הבריאות ; רחלי קולסקי, מנהל התכנון

20/12/2021 | **מפגש עם מחוז צפון ועיריית ק. שמונה** | ניצן בלין, יעל משיח - לשכת תכנון מחוז צפון ; אופיר יחזקאלי -
מ"מ ראש עיריית קרית שמונה ; טל עוזיאל כרמל - מהנדסת עיר קרית שמונה

03/01/2022 | **מפגש עם מחוז ירושלים** | עופר אהרון, יעל בדיחי - עיריית ירושלים ; חן זמיר, טליה שוסברגר - משרד הבריאות לשכת ירושלים ; אורי גולדשטיין, משה רונן, ניר כספי - משרד

הבריאות ; שירה תלמי, גידי בן עמי, איתן רובינשטיין -לשכת תכנון מחוז ירושלים ; פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

04/01/2022 | **חטיבת בתי החולים הממשלתיים** | דודו דגן, רמי שגיא, אלנה סלוצקר, ליאוניד מריאנין, ליאון גולדשטיין, אריאלה אבן, ענבל ירקוני, אלי רוזנפלד, ערן הכהן, ליטל אילון - משרד הבריאות חטיבת בתי חולים ממשלתיים ; אורי גולדשטיין, משה רונן, ניר כספי - משרד הבריאות מנהל התכנון ; פיאנה קרנץ - מנהל התכנון משרד הפנים.

11/01/2022 | **ארגון בזכות** | עידית סרגוסטי – מנהלת מחלקת בריאות הנפש בארגון בזכות

16/01/2022 | **מפגש עם מחוז חיפה וישובי ואדי ערה** | כארם מחמוד, עבד אלסאלם שרקיה - עיריית אום אל-פחם ; אינאס חורשיד-פאהום - מועצה מקומית כפר קרע ; מוחמד סובחי - ועדה מקומית עירון ; ויקטור פילרסקי, אופיר בן בוחר - רמ"י מחוז חיפה ; רונן סגל, עופרה הראל, הדר סלע, נעמה עזריאל - לשכת התכנון מחוז חיפה ; פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

17/01/2022 | **פגישה עם מנכ"ל משרד הבריאות** | פרופ' נחמן אש – מנכ"ל משרד הבריאות ; נעה טריקי, אורי גולדשטיין, איילת גרינבאום-אריזון, משה רונן, ניר כספי, נעם הירש – משרד הבריאות ; רחלי קולסקי – מנהל התכנון

26/01/2022 | **פורום מנהלי בתי החולים** | איתן וירטהיים - מנהל מרכז רפואי בילינסון ; דורית טקס מנובה - מנהל מרכז רפואי מעייני הישועה ; מיקי הלברטל - מנהל מרכז רפואי רמב"ם ; שלומי קודש - מנהל מרכז רפואי סורוקה ; ארז און - מנהל מרכז רפואי פוריה ; חזי לוי - מנהל מרכז רפואי ברזילי ; אורי גולדשטיין, משה רונן, ניר כספי - משרד הבריאות

30/01/2022 | **מפגש עם מחוז מרכז** | גיא קפלן, עדית קרמר, עדנה בלומברג, ליאור רגב, מיקי בלקני - לשכת תכנון מחוז מרכז ; פיאנה קרנץ - מנהל התכנון ; אבי תורג'מן – שירותי בריאות כללית ; ניר כספי - משרד הבריאות

03/02/2022 | **מפגש בנושא מנחתים** | דדי מנשה, אור עמית זקן - רת"א ; יניב - מל"ל ; רפי גולני, רן אדלשטיין, מתן ויזל
- משרד הבריאות אגף לשעת חירום ; אורי גולדשטיין, משה רונן, ניר כספי - משרד הבריאות מנהל התכנון ; פיאנה קרנץ, עידית – מנהל התכנון

08/02/2022 | **מחוז צפון, עכו ונוף הגליל** | רות רוטנשטריך - עיריית עכו ; אלכס גלדקין - עיריית נוף הגליל ; שלומית בארי - רמ"י מחוז צפון ; ניצן בלין, עינת מנדלבליך - לשכת תכנון מחוז צפון ; משה רונן - משרד הבריאות ; פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

13/02/2022 | **מחוז דרום, דימונה, נתיבות וצומת שוקת** | אריאל, אדו מאנקיטה - עיריית דימונה ; יצחק כהן - עיריית נתיבות ; שמעון מזוז - צומת שוקת ; עודד פלוס, איילה גזית, דיאנה קורץ, יובל קרפלוס - מחוז דרום מנהל התכנון ; חגי סלע - רמ"י מחוז דרום ; משה רונן – משרד הבריאות

סיכומי פגישות עם מחזיקי עניין מערכת הבריאות בישראל

25.7.19 - יום עיון באוניברסיטת בן גוריון בנגב - הכרת מערכת הבריאות בישראל

מיקום: אוניברסיטת בן גוריון בנגב

משתתפים:

רונית מזר	מנהל התכנון אגף תכנון ארצי
אבי בן זקן	משרד הבריאות
נדב דוידוביץ'	יועץ רפואי בצוות התכנון
עדי ניב- יגודה	חוקר תחזיות מערכות בריאות בצוות התכנון
לוטן קראון	מרכז צוות חוקרים רפואי בצוות התכנון
ברוך לוי	יועץ רפואי בצוות התכנון
אפרת סלס	צוות רפואי בצוות תכנון
ליטל וירש	צוות רפואי צוות תכנון
עדנה לרמן	ראש צוות התכנון
מיכל קלי- גוטמכר	מרכזת תפעולית בצוות התכנון
תמי סתיו	מתכננת צוות תכנון
חן הררי	מתכנן בצוות התכנון
רינה דגני	יועצת בתחום הפרוגרמה צוות התכנון
אבי דגני	כלכלן רפואי
עופר מנחם	יועץ כלכלי
אביב אלחסיד	יועץ שיתוף ציבור
יהודה רון	יועץ בצוות התכנון
פיאנה קרנץ	מנהל התכנון אגף תכנון ארצי
עמוס כץ	דיקן הפקולטה למדעי הבריאות אונ' בן גוריון בנגב
דן גרינברג	אונ' בן גוריון בנגב
גבי בן נון	אונ' בן גוריון בנגב
מילכה דונחין	יו"ר רשת ערים בריאות
שחר סולר	מינהל התכנון

אוהד ברנר	מנהל התכנון -יועץ משפטי
מאיה טופול	מינהל התכנון
דניאל אלבו	פקולטה למדעי הבריאות
הילה אורן	יועצת סביבה בצוות התכנון
לאוניד מזור	קופח מאוחדת
אודיה כהן	פקולטה למדעי הבריאות אונ' בן גוריון בנגב
איימי	צוות רפואי בצוות התכנון
חן גרינברג	מנהל התכנון- תכנון אסטרטגי
רחל ברקן	יועצת תעופה ותחבורה
אסף ברקן	יועץ תעופה ותחבורה
משה רונן	משרד הבריאות
סיגל ליברנט-טאוב	משרד הבריאות
רייצ'ל ברנר שלם	משרד הבריאות - סגנית ראש מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי
דודי ניניו	קופח מכבי
נועם חן	קופח מכבי
אורנה כהן	מנהלת אגף הנדסה קופ"ח לאומית
אבי תורג'מן	ראש מערך תכנון קופח כללית
נועם רבין	מנהל הדיור הציבורי
רפי אלמליח	רמ"י
רם אלמוג	הגנס
הרצל ג'אן	

הנושאים אשר נדונו ביום העיון:

1. **בית החולים העתידי ותמ"א 49 בראיית משרד הבריאות** – הוצג על ידי אבי בן זקן – סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לפיתוח תכנון ובינוי מוסדות רפואה, משרד הבריאות.
2. **מבנה מערכת הבריאות בישראל** – הוצג על ידי פרופ' גבי בן נון, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

- **התפתחות היסטורית של מערכת הבריאות בישראל**
- **סקירת המבנה הקיים של מערכת הבריאות בישראל (ארגוני, מוסדי, תפעולי)**
- **מיפוי גורמים מקבלי החלטות בקביעת מדיניות מערכת הבריאות**
- **סוגי השירותים הרפואיים העיקריים – היקף, פריסה קיימת, רמת שירות**

3. **רגולציה וחקיקה של מערכת הבריאות ומדיניות בריאות – אינטרסים, תמריצים וחסמים לתכנון ארוך טווח** – הוצג על ידי ד"ר עדי- ניב יגודה - חוקר תחזיות מערכות בריאות, יועץ בצוות התכנון.

- **חקיקת בריאות בישראל**
- **ועדות מרכזיות**
- **היבט חוקי - ספקי שירות למערכת הבריאות – מבנה וצורת פעילות**
- **מדיניות בריאות ותכנון לאומי**
- **מקרי בוחן: רפורמות בתחום הבריאות**
- **חסמים והזדמנויות ברגולציה במערכות בריאות**

4. **תכנית מתאר ארצית ככלי ליישום מדיניות תכנון לאומית ארוכת טווח** – הוצג על ידי אדר' עדנה לרמן – ראש צוות התכנון.

5. **נקודות השוואה של מערכות בריאות בעולם** – הוצג על ידי פרופ' דן גרינברג, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

- **גישות שונות ומודלים שונים של מערכות שירותי בריאות וארגון שירותי בריאות – אסטרטגיה, תכנון, ארגון ותפעול ברמה בינלאומית ולאומית, תוך התייחסות להקשרים המשתנים בכל מקום**
- **סוגיות יסוד במערכות בריאות מודרניות**
- **מגמות עולמיות שישפיעו על מערך הבריאות בארץ**
- **בעיות משותפות, פרקטיקות, פתרונות וחדשנות שניתן ליישם בישראל**

6. **התמודדות מערכת הבריאות עם פערים בבריאות** – הוצג על ידי פרופ' נדב דוידוביץ', יועץ רפואי בצוות התכנון וראש בית הספר לבריאות הציבור אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

- **קטגוריות לאפיון פערים בבריאות**
- **התמודדות מבנית עם פערים בבריאות**
- **עוני ובריאות**
- **תוכנית לאומית ומדיניות לצמצום פערים בבריאות**

22.8.19 - פגישה עם אבי תורג'מן, שירותי בריאות כללית

משתתפים:
אבי תורג'מן, אחראי תחום בינוי בקופ"ח כללית ויוני ממחלקת אדריכלות בקופ"ח כללית.
משרד הבריאות: משה רונן, מנהל תחום תכנון במשרד הבריאות.
צוות התכנון: פרופ' אבי דגני, ד"ר עדי- ניב יגודה, מיכל קלי- גוטמכר, עופר מנחם וחן הררי.
מיקום: משרדי קופת חולים כללית, תל אביב.

אבי תורג'מן: הממשלה מחליטה על בעלות בית חולים חדש.
משרד האוצר + החשב הכללי: בד"כ מתנגד על תפעול ממשלתי (על בתי חולים חדשים) בגלל העלות הגדולה: בד"כ מוציא מכרז.
הבעלות מתאפיינת יותר בתפעול בית החולים.
בתי החולים הם לא בבעלות כללית אלא בהפעלת הקופה.

מבנה קופ"ח כללית:
8 מחוזות – בסה"כ 1500 מרפאות בקהילה – המתחלקות:
1. מרפאה ראשונית (רופא כללי, בתי מרקחת וכו')
2. מרפאות מקצועיות (בד"כ בעיר אחת גדולה, מרפאה בגודל כמה אלפי מטרים).

עקרונות תכנון: הנחיה מטעם משרד הבריאות: מיטה חדשה בבית חולים - שטח ברוטו 250 מטר (ב- 250 מטר לא נלקחים בחשבון שירותים תומכים כגון: מעבדות, מכונים, מלונית, מגורי סגל, בית ספר לאחיות).
אבי תורג'מן: קיימת הפרדה בין בתי חולים קיימים שלא נבנו לפי 250 מ"ר למיטה לכאלו חדשים (בתי חולים נבנים עם קומות או שטחים פנויים לעתיד).

אבי תורג'מן: הציג כמה דוגמאות של תכנון ותפיסות תכנון בתי חולים קיימים בבעלות כללית:

מרכז רפואי קפלן – קיבלו אישור להפקדה: כיום 550 מיטות, הרצפלד 220 מיטות. איחוד מתוכנן (בעקבות החלטה ממשלתית לצמצום ההוצאות) בסופו של דבר, לא יצא לפועל. הבניין שנבנה לקליטת הרצפלד ישמש מחלקות מבית החולים קפלן. הפרויקט: מוסיף 20,000 מ"ר אך, לא מוסיף מיטות.

מרכז רפואי מאיר- המגרש כמעט תפוס, בבניין שבונים כרגע (תכנון ראשוני ל-8 קומות), יש חנייה. קופ"ח כללית רוצה להשביח את השטח ובקבלת הכסף לפתח בתי חולים אחרים ולכן, מכרו את זכויות החנייה.

מנחתים – היום, לא ניתן כמעט לבנות מנחתים על גגות בערים (בשל סיבות טכניות הנובעות מחוסר הכשרת טייסים) אך, אין ספק שהמנחתים צריכים להיות ממוקמים בגגות בתי החולים בעיר.

(בעקבות שינוי המגמה של הוצאת שירותים רבים לקהילה, ניתן אולי לשמור על מס המיטות הקיים) -

בית החולים השרון: החליטו להפוך לבית חולים יום.

מרכז רפואי בלניסון: קיימת תכנית ישנה (משנות ה-80) אשר לא חישבה אחוזי בנייה ועל גביה מקודמת תכנית חדשה.

כל תכנית מגיעה לאישור הנהלת קופת החולים כללית: בד"כ, ראש חטיבת בית החולים צריך להראות את כדאיות ונחיצות הפרויקט.

אבי תורג'מן: הציג את תכנית האב של בית חולים מאיר כדוגמה לתכנון של בית חולים. תכנית האב היא דינאמית (התכנית תוכננה ב2000) ויש לה כל הזמן נספחי עדכון. ** קבלת המצגת.

** בין הממצאים והדגשים הנובעים:

- תנועה – שלד הולכי הרגל והתנועה שלהם בתוך בית החולים + התנועה ההיקפית של כלי הרכב סביב בית החולים + תנועה תת קרקעית (לוגיסטית, שירות).
- שמירה על לפחות שתי כניסות ויציאות לכל בית חולים (מצירים שונים).

תכנון מוסדות בקהילה:

1. פרוגרמה: מראים את הציפיות/ תחזיות – מגיעים לתחזית הנכונה - לפי דאטא בייס של כללית הם רואים את כמות המבקרים.
2. תכנית פיסית.

לכל פונקציה רפואית עושים ניתוח ומפתחים פרוגרמה רפואית, השטחים האלו מתורגמים לאחר מכן לתכנית הפיסית.

(משרד הבריאות אימץ את כללי המפתח של הכללית).

תהליך יצירת מוסדות רפואה בקהילה לפי קופ"ח כללית:

- תכנית אב- בקהילה נעשה לפי מחוז ונעזרים בניתוחי GIS.
- בחינת אגני ניקוז של לקוחות קופת החולים כללית המגיעים למוסדות רפואה סביב מחלקות או מרכזי מומחיות.
- מיפוי למרפאה ראשונית (לפי מספר תושבים ואגן תושבים).
- "קביעת עובדה בשטח" – הקמת מוסד בקהילה.

(לדוגמה, בחריש, לקחו עוגן של שטח של 200 מ"ר כדי שקודם כל תהיה "עובדה בשטח" לקופת החולים כך שאנשים אוטומטית יבואו).

ישנה רשימה של כל השירותים באתר הכללית.

צוין כי קופ"ח כללית מעדיפה בניית מוסדות חדשים בקהילה - בקרקעות קיימות או בקנייה של שטחים ולא בהשכרה. בנוסף, צוין כי קופ"ח כללית משלמת הרבה מאוד כסף על שכירות של מוסדות בריאות בקהילה. ישנה תחרות בין הקופות על לקוחות – הכסף מגיעה לקופות דרך מספר הלקוחות (לכן, ישנו תעדוף על צמיחה ופחות על שימור ושיפוץ הקיים).

ישנו קונפליקט תמידי (גם של מוסדות בקהילה וגם של בתי חולים) לגבי בנייה - בבתי החולים, בד"כ, נעשית רק במקרים קריטיים מאוד – לרוב, יש בנייה רק לדברים חשובים מאוד.

צוינו הפרויקטים והתכניות העתידיות לבתי חולים:

- הלל יפה
- תכנון מרכזים רפואיים קיימים: תל השומר, ברזילי, פוריה, זיו, אסף הרופא והדסה עין כרם.

בתי חולים עתידיים:

- קריית אתא
- באר שבע
- בית שמש
- מזרח נתניה
- מודיעין
- קרית גת

סוכם כי יועבר לצוות התכנון:

- מפתחות של תפיסת תכנון של קופ"ח כללית
- פרוגרמות רפואיות
- מוסדות בקהילה
- מי מגיע לבתי החולים: אגני ניקוז, אוכלוסיית יעד – דאטא שאפשר לנתח.

גורמים רלוונטיים בקופ"ח כללית להמשך פגישות:

- **פרופ' דודסון** – מנכ"ל כללית – נקבעה פגישה ל-24.10.2019.
- **ראש מחלקת החטיבות: פרופ' מיקי שרף** - אחראי על בתי החולים של כללית: 14 בתי החולים – 8 בתי חולים כלליים, 2 בי"ח פסיכיאטריים, 2 בי"ח שיקום, 2 בי"ח גריאטריים.
- **ד"ר לביא** – ראש מערך תכנון אסטרטגי.
- **ראש חטיבת הקהילה** – בעברו, מנהל מחוז ירושלים ומחוז צפון (לכללית יש 8 מחוזות).

19.08.2019- יום עיון אוני' בן גוריון בנגב - היבטים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים של מערכת הבריאות בישראל

מקום: אוניברסיטת בן גוריון בנגב

09:30-09:45 פתיחה וברכות

פרופ' נדב דוידוביץ', ראש בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

אדר' עדנה לרמן, לרמן אדריכלים ומתכננים

09:45-10:45

פריסת האוכלוסייה בישראל – מצב קיים, תחזיות ויעדים – קבוצת גיאוקרטוגרפיה

- פריסת אוכלוסייה - מצב קיים, ברמה ארצית ומחוזית (כולל נפות וערים).
- תחזיות עתידיות לגודל האוכלוסייה - על בסיס תרחישים שונים של הלמ"ס. משרע של תחזיות עם הבחנה של מימוש אפשרי והמלצה לעבודה כולל התייחסות לגמישויות.
- יעדי אוכלוסייה לפי התכנית האסטרטגית לדיור + פריסה.
- יעדים מול מגמה בפריסת האוכלוסייה, לפי מודל המועצה הלאומית לכלכלה (שילוב של יעדי התכנית האסטרטגית לדיור + תחזיות למ"ס) + מודל של קבוצת גיאוקרטוגרפיה לגבי ההשלכות של התכנית לכל יישוב (פריסת הגילאים).
- הצגת הפער בין התרחישים השונים המוצגים על ידי הלמ"ס. הלמ"ס כולל 3 תרחישים לגידול אוכלוסייה (נמוך, בינוני, גבוה) נציג את השילוב של תרחישים בהצלבה לשני תרחישי פריסת אוכלוסייה (יעדי התכנית האסטרטגית, המגמה הנוכחית). מתוך כך ייגזר טווח הגמישות הנדרש לתכנית.

10:45-12:00

מושגים כלכליים שונים במערכת הבריאות הישראלית וניתוח ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל - פרופ' גבי בן נון, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

- **מושגים כלכליים שונים במערכת הבריאות הישראלית** : עלות סל, נוסחת הקפיטציה, הסכמי קפינג, סל שירותים, ביטוח חובה, ביטוח משלים, ביטוח מסחרי ועוד כמה שיותיר הזמן.
- **ניתוח ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל**

(אספקה , מימון , פרטי / ציבורי , האם המערכת יעילה? איך היא עומדת ביחס למדינות אחרות , האם צריך יותר כסף ? עלויות תפעול ותקצוב מוסדות בריאות.

12:00-13:00

עקרונות, כשלי שוק ומגמות שינוי בכלכלת בריאות, פרופ' יעקב באייר, כלכלן בריאות

- עליה ביקושים, ביקוש לטכנולוגיות, היצף אינפורמציה

13:30-14:30

סוגיות נבחרות בניהול, ארגון וכלכלת בריאות, פרופ' נדב דוידוביץ', ראש בית הספר לבריאות הציבור

- התפלגות שירותי הרפואה בין רפואה קהילתית למוסדות הרפואה – ההיבט הכלכלי הניהולי והחברתי והערכה כלכלית /ארגונית של אפשרויות פיתוח שירותים בקהילה.
- שירותי בריאות הציבור ורפואה מונעת לעומת שירותים בבתי החולים.
- היבטים כלכליים וארגוניים של אשכול מוסדות בריאות וגודל המוסד הרפואי.
- היבטים ארגונים וכלכליים של שיתופי פעולה בין ארגונים ובין מוסדות רפואה ציבורית, קופ"ח, פרטי.
- נגישות לשירותי בריאות על רקע שוות תרבותית ולשונית-גיאוגרפית.

14:30-15:15 הגודל הרצוי והגודל המקסימלי למוסדות רפואה - רועי ברנע

- הגודל הרצוי והגודל המקסימלי למוסדות רפואה בהיבטי ארגון, כלכלה וחברה.

15:15-16:15 מאפייני אוכלוסייה כולל מגמות השתנות והשפתם על צריכת שירותי בריאות וביקושם צפויים – קבוצת גיאוקרטוגרפיה

- אומדנים ומגמות השתנות של מאפייני אוכלוסייה לפי : גילאים, פריון, תוחלת חיים ועוד.
- אפיון קבוצות המשתמשים העיקריות במערכת הבריאות וצריכת שירותי הבריאות של כל אחת מהן (חלוקה לפי קופות, שירותים ראשוניים, רפואה יועצת, בתי חולים, שימוש בשירותי רפואה פרטיים, ביטוחים פרטיים, מצב סוציו-אקונומי, מגדר, קבוצות גיל).
- השפעת השתנות הגילאים וקבוצות האוכלוסייה על מגמות תחלואה ועל צריכת שירותי בריאות וביקושים צפויים - תחזית לפי נפות, יישובים -צרכים מול פערים, תמונת מצב עתידית ביחס למצב נוכחי.
- בחינת ההשפעה מגמות השתנות האוכלוסייה על מספר מאושפזים וימי אשפוז, תחזית דרישה לאשפוז [לפי מאושפזים] על פי סוגים [כללי. גריאטרי. פסיכיאטרי, שיקומי] בפריסה אזורית.

16:15-17:00 פרמטרים בחיזוי צריכת שירותי בריאות – ד"ר עדי ניב יגודה

- מהם הפרמטרים שצריכים להילקח בחשבון בתכנון עתידי של מערכת הבריאות.

18.9.2019 - פגישה עם מר ניסים אלון מנכ"ל קופ"ח לאומית:

מקום: משרדי קופ"ח לאומית, תל אביב.

השתתפו: מר ניסים אלון, מנכ"ל קופ"ח לאומית
צוות התכנון: ד"ר עדי ניב- יגודה, עופר מנחם, מיכל קלי- גוטמכר וחן הררי.

ניסים אלון: יש שאלה ובעיה גדולה היכן מותר לפתוח קופ"ח חדשה, אין תקנות ברורות.
התכנית הנ"ל היא אתגר גדול מאוד, אנחנו נמצאים בשינוי דרמטי של מערכת הבריאות. התכנון של בניית התשתיות הפיזיות חייב להיות כתנאי של פיתוח תשתיות **של סגל וכוח אדם רפואי**. בלי תכנון של כוח אדם רפואי לא תהיה דרך ליישם את התכנית בצורה טובה.
שתי נקודות מרכזיות המאפיינות את מערכת הבריאות בישראל:
1. **חוסר בכוח אדם** - חלק מהמקצועות הרפואיים נמצאים במצב גרוע מאוד, יש "קניבליזציה" על כוח האדם הקיים. יש כסף, יש תקנים אבל אין כוח אדם. מר אלון ציין שבעקבות חוסר זה, קופות החולים צריכות להפנות לקוחות לבתי מרקחת פרטיים שכן, אין מי שאייש.
לדעתו, המדינה צריכה לאסור על פתיחת בתי מרקחת פרטיים נוספים מכיוון שהם "לוקחים" את כל הרוקחים הקיימים בשוק.
גם בנושא הסיעוד יש בעיה. מר ניסים אלון טוען שמשרד הבריאות "מנותק" מהמציאות בנושא זה. אם לא תהיה הקצאה של סגל רפואי - אין רלוונטיות להקצאת משאבים לבתי חולים חדשים. זהו משבר עולמי ולא רק בישראל.
2. **אשפוז בית** – נושא אשר הולך ומתפתח. הטכנולוגיה המתקדמת מאפשרת היום אפשרויות רחבות יותר לאשפוז בבית.
קופ"ח לאומית עשתה פיילוט באשדוד של אשפוז ביתי – והיה מצויין. ניתן, כיום, לנתר מרחוק מאושפזים רבים. קיים מאמר מעניין אשר מסביר כיצד פועל בארה"ב בית חולים שמנהל אשפוז מרחוק.
מר ניסים אלון הפנה ל**מאמר– בי"ח בארה"ב.
האוכלוסייה המיועדת לאשפוז ביתי: למשל, אוכלוסייה מבוגרת אשר בד"כ בריאה אך, לא יכולה להתנהל בצורה עצמאית ועצם ההגעה שלהם לבית החולים לקבלת טיפול - קשה. בנוסף, ברמה הרפואית עדיף להימנע מהגעה לבית החולים שלא לצורך, ובמקרים רבים, ניתן להתאשפז בבית.
משרד הבריאות מתקצב את האשפוז הביתי: ב-1,200שקל בעוד לקופ"ח האשפוז עולה 800 שקל.
קיים מצב שבו אם המיטה בבית החולים לא מתמלאת, הקופה הרוויחה. אם יש אשפוז הקופה לא מרוויחה ולא מפסידה.

בעייתיות באשפוז בית:

- חסרים תשתיות פיזיות וכוח אדם. קופות החולים שוכרות את שירותיהן של עסקים פרטיים כמו "צברי".
- בתי חולים מנצלים כל מיטה שיש להם, גם אם מתפנה מיטה בבית החולים עקב אשפוז ביתי היא "תתמלא".

עופר מנחם: אשפוז בבית עולה יותר כסף וצריך יותר כוח אדם מאשר באשפוז בבית חולים.

מר ניסים אלון: לא יודע אם אכן זהו המצב. כיום, בלאומית אנו משתמשים בחברות פרטיות, כמו "צבר" (מציין שכל קופות החולים משתמשות בחברות פרטיות לאשפוז ביתי) ועדיין - יש מקרים רבים שלא מתאימים לאשפוז בית. יש מחלות/מקרים שבהם הטיפול מצריך להתאשפז בבית חולים.

מר אלון מעריך שאשפוז הבית יגדל מאוד עם הזמן. חלק חשוב המאפשר את האשפוז הביתי הוא התמיכה שמקבל המטופל מהבית (למשל, באוכלוסייה הערבית שלרוב יש עזרה ודאגה מצד המשפחה). אחד השיקולים המרכזיים אשר רופאים לוקחים בחשבון לפני המלצה על אשפוז ביתי הוא הערכת התמיכה הביתית שמקבל המטופל ממשפחתו.

"דיגיטציה": מר אלון מציין שקופ"ח לאומית מובילה בתחום הדיגיטל. אפשר להתכתב עם רופא המשפחה, אשר מכיר אישית את המטופל, ותשובה ממנו מתקבלת תוך 48 שעות.

זמן רב מהפגישה עם רופא המשפחה מנוצל לא כראוי: 60 אחוז מופנה לאדמיניסטרציה. בכוחה של הטכנולוגיה לשפר את הפחתת הביקורים האדמינסטרטיביים. בנוסף, 80 אחוז מהביקורים אצל רופא המשפחה לא באמת מצריכים טיפול "פיסי" אלא רק ייעוץ.

בלאומית, קיים מערך שירותים בו ניתן לקבוע פגישת וידיאו עם רופא. מצב זה מוביל לכך שכבר היום רופאים מסויימים - 25 אחוז מזמן עבודתם הוא דרך הווידאו.

מציין בהקשר זה את מכשירי טאי טו, היכולים לשפר עוד יותר את ה"טיפול הדיגיטלי". קופות החולים לא עושות שימוש במכשירים אלו מכיוון שזוהי טכנולוגיה ישנה ויקרה. קופות החולים מחכות שתמצא/תתפתח טכנולוגיה זולה יותר. מצד שני, ככל שיגבר השימוש בטכנולוגיה, הרופאים יעדיפו לעבוד מהבית ולא לצאת למרפאות בקהילה. לטענתו, מצב שקורה כבר כיום.

עדי ניב יגודה: מה זה אומר מבחינת הזמינות של רופאים למטופלים שכן צריכים מפגש/טיפול פרונטלי?

ניסים אלון: הבעיה שהקופות ישימו רופאים לא אישיים כרופאים פרונטליים. כלומר רופא המשפחה האישי, אשר מכיר את המטופל ומטפל בו לאורך זמן, לא יפגוש את המטופל פרונטלית אלא יבחן אותו דרך שיחת וידאו, ובמקרה הצורך יפנה לרופא אחר.

עדי: ניב יגודה זו מציאות בעייתית מאוד – מקטינים את הרופא כמטפל ומפנים אותו לרופא "טכנאי" אשר יבצע בדיקות/פעולות.

מר ניסים אלון: חושש שיהיו לחצים מצד הרופאים אשר יגבירו את המצב המתואר.

עם זאת, כמובן שישנם מקרים אשר מפגש ושיחת וידאו עם הרופא משפרים מאוד את השירות ומתקיימים כבר היום, למשל עקב חוסר בזמינות רופא מומחה באזורו של המטופל (יכול להוביל לטיפול ולמצב שבו הרופא יושב במרפאה והחולה בבית או הרופא בקליניקה והמטופל בקליניקה אחרת או הרופא בבית והמטופל בבית). לדוגמה, באילת אשר קיים בה מחסור בפרקטיקות רפואיות מסויימות - שיחות הווידאו עם הרופאים הכרחי.

בנוסף בהקשר זה, מר אלון מציין את השירות הנייד שמביא תרופות עד הבית. הבעיה בשירות זה, היא חובת הייעוץ הרוקחי שמקבל כל מטופל ומקשה על יעילותו של השירות. מאמין שיצליחו להתגבר על כך כי זהו שירות חשוב אשר יכול להוריד לחץ מהמערכת.

מר אלון מציין שבתור מנכ"ל קופת החולים, הנחיותיו הם להמשיך ולבנות קופות חולים בקהילה, כרגיל, אבל לא יודע מה יהיה המצב העתידי ומה תהיה השפעתה של הטכנולוגיה. הוא מציין שאם הוא צריך לבחור איפה להשקיע, הוא יעדיף להשקיע בשירות הדיגיטלי מאשר בבנייה. אין לו נתונים ברורים לכך אבל ברור לו שלשם השירות עובר.

טכנולוגיה ושירות: השיפורים הטכנולוגיים מכוונים לשיפור כל הפרוצדורות הרפואיות, ובין היתר, לפתח שיטת אבחונים אוטומטיים (כלומר, שהמטופל יאבחן את עצמו) שתמנע הגעה לרופא.
פרופסור קירה מודיבסקי מהטכניון עובדת עם קופת החולים לאומית בנושא אבחון אוטומטי: השאיפה היא להגיע למצב שלפני ההגעה לרופא, המטופל יערוך כבר מספר בדיקות, ויגיע לרופא עם הממצאים הרלוונטיים. הכיוון אליו מכוונים הוא שאמצעי טכנולוגי יוכל לבחון את המטופל, לנתחו ולדעת איזה בדיקות הוא צריך לעשות, מה שיחסוך זמן רב הן למטופל והן למערכת. כאמור, לפי מר אלון, 60 אחוז מהביקורים אצל הרופא הם אדמינסטרטיביים (כולל הפניות המשך, אשר גם הן יכולות להינתן למטופל במסגרת האבחונים האוטומטיים).
לפי דעתו של מר אלון, אנחנו נמצאים בעידן בלתי נתפס של שיפור טכנולוגי. הוא מעריך מאוד את הנסיון לתכנן לטווח ארוך, אך מציע אולי "לחלק" את התכנית לכמה שנים בודדות כל פעם. קשה עד כמעט בלתי אפשרי לדעת מה תהיה הטכנולוגיה האפשרית והקיימת וכיצד היא תשנה את מערך הבריאות (ומערך החיים בכלל).

K של מכבי – טכנולוגיה המתבססת על ביג דאטא.

76 אחוז מממשקי הרופא – מטופל באמצעות רופא אישי (רופא משפחה וילדים).

עופר מנחם: כיצד יש לטפל בישובים קטנים אשר אין בהם כדאיות מטעם קופות החולים לפתיחת מרפאות? ובהתבסס על חוק מבוטחים של מינימום 10,000 איש.

מר אלון: יש מקומות שאין הגיון שיהיו 4 קופ"ח, כמו בישובים קטנים. יש קשיים כלכליים גדולים לפתיחת המרפאות ופתיחתן לא תוסיף תחרות.

עדי ניב-יגודה: בעצם, נותנים אינסנטיב לשירות לא טוב.

לטענת אלון: התכנית לא צריכה להתייחס ליישובים הקטנים. **לטובת הציבור, במקומות קטנים עדיף קופה אחת**. התחרות בין הקופות פוגעת בשירות האזרחים במקומות מסוימים. לדעתו, אם השירות מטעם קופת החולים לא מספקת – שיפעלו בהחלפת קופה אחרת.

שירותי רפואה בקהילה:

מר ניסים אלון: קיימות שתי בעיות עיקריות במסגרת הרפואה בקהילה:

1. **סגל רפואי/כוח אדם רפואי -** חסר מאוד, על גבול האסון.
2. **זמני המתנה לאוכלוסייה בקהילה** - גבוהים.

(בנקודה זו, מר אלון מציין שיש בעייתיות לקראת פתיחת מרפאות חדשות – בנוי על תחזיות).
מרפאות בקהילה בנויות משישה מקצועות ראשיים (אורתופדיה, עיניים, פסיכיאטריה, נשים, אף אוזן גרון וילדים – המהווים 90-80 אחוז משירותי הרפואה בקהילה). כל שאר הטיפולים, לדעתו, ניתן להנגיש במקומות רחוקים יותר, המתמחים בבעיות ספציפיות אלו.
{עקרונות התכנון של מוקדי רפואה בקהילה של לאומית: 300 מ"ר לקופת חולים, בית מרקחת מוסיף עוד 70-60 מ"ר}.
המרפאות שלאומית מקדמת: הן יותר מרפאות שעוסקות בנושאים ספציפיים (כפי שצוינו לעיל) ועם הפרוצדורות העיקריות, כמו: דגימות (תוצאות באפליקציה), שירותי מזכירות, בית מרקחת, רפואה יועצת.

מיכל קלי- גוטמכר: האם יש הבדל במרפאות בין המגזרים השונים במדינה (שעות פעילות או שירותים)?

מר ניסים אלון: שירות הרפואה המוצע בקהילה לא שונה בין המגזרים **אבל** ישנם מגזרים אשר להם צרכים שונים, למשל, המגזר החרדי צריך יותר רפואת ילדים ונשים. בנוסף, יש דרישות

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

מיוחדות מצד אוכלוסיות שונות, כמו למשל, רופאות נשים לטיפול בנשים מצד האוכלוסייה החרדית. אף יתרה מכך, יש בעייתיות במגזר החרדי, למשל, כאשר נשים רוצות לראות רופא גבר – יתקלו בהתנגדות עזה מצד הבעל או המשפחה. כך גם באוכלוסייה הערבית. **כלומר, ישנו שוני בין דרישות האוכלוסיות השונות במדינה.**

לטענתו, אין הבדל בין המגזרים השונים מבחינת לוחות זמנים ושעות פעילות וכי הם מבוססים על היסטוריה ומה שהיה מקובל באותו אזור ולאו דווקא בגלל המזגר הספציפי.

רוקחות: מר אלון מציין כי 40% אחוז מהרוקחים בארץ הם ערבים.

כמה תהליכים מביאים לכך כיום: 1. שכר הלימוד בירדן עלה. 2. הלימוד בארץ נהיה קשה יותר. 3. מקצוע הרוקחות נהיה "זבנות" בארץ.

לכן, למרות שישנו פיחות בתפיסה של מקצוע הרוקחות, ישנה עלייה בביקוש הצורך של המקצוע.

{במסגרת נושא זה מציין מר אלון, בקופת החולים לאומית הבינו שעדיף להם מבחינה כלכלית לפתוח בתי מרקחת משלהם. מה שהוביל גם את שאר קופות החולים לפתוח בתי מרקחת עצמאיים}.

לפי מר אלון: ישנם שלוש סוגי תרופות:

1. מרשם רופא (הרוב הגדול של התרופות).
2. תרופות OTC – תרופות שמחייבות את נוכחותו של רוקח.
3. תרופות שניתן לקנות במכירה כללית.

מר אלון: טוען שהגילדה "הרוקחית" מקשה מאוד על מציאת פתרונות לבעיה.

ניסים אלון מקדם - פרחי רוקחות (פקידים עם הכשרה של חודש) אשר יורידו את הלחץ מהרוקחים ויעשו את פעולות האדמיניסטרציה.

תפיסת תכנון של מרפאה עתידית: מפתחות/ עקרונות תכנון.

מר אלון: אמצעים טכנולוגיים ודיגיטליים (למשל מוניטור דיגיטלי, אק"ג דיגיטלי ועוד) ככל הנראה ישפיעו מאוד על תמהיל המרפאה העתידית:

- אולי צריך להיערך לכך שיהיה הכרח להקצות חדר לתשתיות הטכנולוגיים (למשל חדר שרתים וכו').
- ככל שהטכנולוגיה מתקדמת כנראה "תעלים" מקצועות בירוקרטיים (כמו מקצוע המזכירות).

מר אלון הפנה את צוות התכנון לאורנה כהן אשר תוכל להעביר: עקורונות / מפתחות לתכנון. אורנה כהן – ראשת אגף של הנדסה ותשתיות בקופ"ח לאומית.

19.9.2019 - פגישה במדיקל סנטר הרצליה

מקום: בית חולים מדיקל סנטר.

משתתפים:

דני אנגל, מנהל מדיקל סנטר הרצליה, אריק סיטון, מנהל רפואי

צוות התוכנית: ד"ר רינה דגני, ד"ר עדי ניב- יגודה, מיכל קלי- גוטמכר וחן ההרי

תחילה הוסבר על ידי מיכל קלי-גוטמכר על מהות התכנית והרכב צוות התכנון.

הוסבר שאין תפיסה כוללת רחבה כחלק ממערכת הבריאות שמובילה המדינה ושמדיקל סנטר הינה שחקן מרכזי ומשפיע בתוך מארג הבריאות.

דני אנגל: כמה נקודות שיש לחשוב עליהם במסגרת התכנית:

- התחזיות - אוכלוסייה גדלה ומזדקנת.
- דינמיקה של קבלת החלטות: נקודת התחלה שיש לחשוב לקראת התכנית - אבולוציה מתוך הקיים או רבולוציה?

[לדוגמה - כנס בדנמרק, הדן בתחום בריאות דיגיטלית: החליטו שבונים את כל בתי החולים במדינה מחדש ומקטינים אותם. נמצא בפיתוח מואץ של הרבה בתי חולים ברחבי המדינה].

מערכת הבריאות והבינוי בתוכה צריכה להתבסס על תמריצים הכלכליים. הם אלו אשר מפתחים את המערכת. השחקנים מוחייבים "לשחק את המשחק" מכיוון שהמדינה משלמת על קפינג ועל גירעונות.

3. שיטת לימוד הרפואה בישראל מייצרת מצב שאין התאמה בין החומר הנלמד לבין הצד המעשי והפרוצדורות הנחוצות בבתי החולים. בפועל, תכנית הלימודים ומבנה ההתמחות תלוי מנהל מחלקה ואין חשיבה והתאמה ברמה הארצית. מתמחים לומדים מה שמנהל המחלקה מלמד ולא את שאר הדברים הנחוצים.

ד"ר סיטון: אחת הבעיות היא בתי חולים שנמצאים במקומות אסטרטגיים אבל הנגישות מאוד ירודה. דרכי נגישות לבתי חולים נמוכה בעיניו.

דני אנגל: כאשר מדברים על קריות רפואיות עתידיות צריך לפתח את דרכי הנגישות סביבן. בנוסף, השירות בקהילה בישראל גבוהה ואיכותי מאוד ולא בגלל מערכת בתי החולים שלה אלא בגלל תמריצים כלכליים. למרות כל הערכים והאידיאליים, הכסף הוא המניע העיקרי לכל המערכות.

מערכת הרפואה (ראשוני, שניוני) בנויה על תמריצים כספיים: פריסת רופאים או פרוצדורות זולות יהיו זמינות הרבה יותר.

אופרציות יקרות יותר הופכות למשהו אזורי – ליד ערים גדולות.

המבנה שמונע מהפונקציה הכלכלית מפריע למערכת כולה להתקדם.

העובדה שמנהל בית החולים הוא גם הרגולטור – יש לו יכולות לפתוח מחלקות.

צריך לתכנן את הפרוצדורות היקרות בצורה נכונה והגיונית.

בנוסף, חלוקת המשאבים היא מוטת, בתי חולים ממשלתיים נהנים מפריבלגיות גדולות יותר מאלו של כללית ואלו הפרטיים.

כאזרח, היה רוצה שמדינת ישראל תממן את מערכת הבריאות. לא מעניין את האזרח מי הספק (משווה למים- הסקטור הפרטי הוא שהציל את המערכת).

מחברים בין אספקה למימון. ניתן לפתוח בתי חולים פרטיים רבים כיוון שהפעלת בית חולים פרטי זולים יותר לתפעול.
השירותים בבתי חולים פרטיים שונים: אין מיון! מיון הוא הפרוצדורה היקרה ביותר בבית חולים, מכיוון שיש תורנים 24 שעות. מספר ימי האשפוז הוא זה שמשנה ושם רוב הכסף. לדעתו, היה צריך לתקצב דווקא בתי חולים שלהם ימי אשפוז מועטים יותר.

טכנולוגיה: בניגוד לתחזיות דמוגרפיים (גם לא בטוח שהתחזיות נכונות) בתחום הרפואה לא ניתן לצפות את שינוי תהלכי העבודה והטיפול כתוצאה מטכנולוגיה חדשה.
לדעתו, כל מה שאפשר להעביר לקהילה - חייב לעבור לקהילה.
רגולטור חייב לקבוע כמדיניות את המעבר לקהילה, ומכאן להתחיל את התכנון.

דני אנגל: מציין את הסבסוד של המדינה במערכת הבריאות: ועדת גרמן - אנגל היה חלק מהוועדה וייצג את דעת המיעוט והסביר כי הוצאה לאומית לבריאות בישראל 7.5% זה לא המספר שצריך לדון בו. המדינה משקיעה רק 4.5% (השאר מגיע מהמיסים) וזה ממש מעט. **כל אחוז הוא 13 מיליארד.**
כמעט 20 שנה שההשקעה אותו הדבר.
לכן, לדעתו, התכנון צריך לכלול חלק משמעותי מאוד לפן הכספי, ומאיפה מביאים אותו.
מציין בהקשר זה:

- אין קשר בין ההכנסות של בית חולים לתקציב ההוצאות שלו.
- התקצוב הוא פר מיטת אשפוז ולא פר פעולה.

דני אנגל: בתי חולים היום עמוסים מאוד ועסוקים בעיקר בהצלת חיים, בעוד שאיכות החיים נדחקת לפינה. כך, ניתוחים שקשורים באיכות חיים ואף, רפואה מונעת - נדחקים ומתקיימים לעיתים מאוד רחוקות. כשמסתכלים על ניתוחים לאיכות חיים - אין למערכות יכולות (כלומר, זמן) לערוך אותם ומצד שני, לא "משחררות" את הפרוצדורות האלו מחוץ לבית החולים.
הביטוחים פרטיים הוא מס מרצון להשלמת סל הבריאות.
הפעילות הניתוחית של בתי חולים פרטיים הגיע ל- 2.2 מיליארד שקל בשנה.
רוב הפעולות שנעשות בבתי החולים ממומנים מביטוחים של קופות החולים.

גודל בית חולים: על פי **דני אנגל:** צריך מרכזי על + הרבה בתי חולים קטנים (הערה חשובה: ברגע ששמים מיון - אוטומטית צריך להוסיף 600 מיטות ומעלה ולכן, לא יכול להיות בית חולים קטן) שמתעסקים ב- high efficiency.
ד"ר סיטון: בניגוד לבית חולים קהילתי, בלי מיון או לפחות כזה אשר לא מאשפז יכולים לעבוד מאוד יעיל בגלל היכולות לפתח רשתות של בתי חולים אשר ממשיך את רצף הטיפול בקהילה.

איכות הטיפול:
רופא בקהילה - יש לו 6 דקות לראות מטופל.
מדדי איכות: אחד הכלים הטובים ביותר של משרד הבריאות לשמירת איכות בבתי חולים.
מציינים שכמעט בכל מדד שמשרד הבריאות התחיל למדוד ניתן היה לראות שיפור.

אשפוז בית: דני אנגל: בהחלט הכיוון אבל הרפואה הכללית העולמית עדיין לא שם.

נקודות שיש לחשוב עליהם:

1. יש אמון בין מטפל לרופא – העברת המטופל "לדבר מול מחשב" יכולה להוריד מהאמון שלו במערכת.
2. מחלקות ותחומים רבים שעדיין לא רלוונטיים באשפוז ביתי: למשל אורתופדיה, דימות ומעבדה.
3. אין עם מי להתייעץ כל זמן נתון בניגוד לאשפוז בבית חולים.
4. לוגיסטית מורכב.

בסופו של דבר, הסניף המקומי ליד הבית יהיה אחראי על המטופלים.

בתי חולים צריכים לצאת לקהילה והקהילה צריכה לצאת לבתים.

קופות חולים ביישובים קטנים:

אין רלוונטיות לערים/יישובים קטנים ל-4 קופות חולים.

לדעתם של דני אנגל וד"ר סיטון צריך להיות מכרז למקום קטן שבו תזכה קופה אחת. אין שום הגיון ואין שום שיפור באיכות השירות כאשר קיימים 4 קופות חולים באותו מקום.

רצף טיפולי:

צריך להיות בקהילה. לדעתם, כשאומרים רצף טיפולי מתכוונים בעצם לחוסר הידע איך תראה מערכת הבריאות בעתיד. ברגע שהתיק הרפואי של כל אזרח יהיה נגיש למקורות הבריאות – זה יהיה אפשרי. כרגע, הרצף הטיפולי הוא כאילו לא רלוונטי (אין חשיבות למיקומים גיאוגרפיים).

גודל בית חולים - פרמטרים אשר משפיעים על גודל:

- בית חולים עירוני (כמו איכילוב) ללא עירוני (תל השומר, אסף הרופא) – ניצול שטחים למשל בנייה לגובה או לרוחב.
- אילו פונקציות קיימות בבית חולים: צריך להתייחס **לפן האופרטיבי** (איזו יחידה ליד איזו יחידה), **התנועה בבית החולים** (אנשים, פסולת ועוד), **המרחב שנותנים למטופל** (2 מטופלים בחדר או יותר?)
- מיקום בית החולים.

כל בית חולים שעתידי להיבנות - חייב להיות מתוכנן להרבה יותר מהצרכים שהוא צריך עכשיו.

מציין נקודות נוספות שיש לקחת בחשבון:

- צריך לבנות חדרי ניתוח גדולים יותר מאשר קטנים כי לא ניתן לדעת אילו טכנולוגיות עתידית יהיו.
- חייבים להתייחס לתכנון נכון של כוח אדם.

03.10.2019 – פגישה עם ההסתדרות הרפואית

מקום: משרדי הר"י רמת-גן

משתתפים: פרופ' ציון חגי (קפלן – יו"ר הר"י); פרופ' נדב דוידוביץ'; זיוה מירל, דוברת האיגוד; אדר' עדנה לרמן; מיכל קלי גוטמכר; אורי לרנר, מנהל עמותת מידה – הנגשת ידע בבריאות הציבור; דר' זיוה שטאל, משרד הבריאות קידום בריאות דרום; עדי ניב יגודה; עופר מנחם; חן הררי; אילנה ציגלר, המועצה הלאומית לקידום בריאות האישה; ??? ליברמן, משרד הבריאות; מנהלת אגף הנדסה קופ"ח כללית; נדב דוידוביץ, אבי תורגמן, אבי בן זקן, משרד הבריאות; משה רונן, משרד הבריאות; לילך וולצקי, הפורום למניעת שחיקת רופאים; חגי לוין, בריאות הציבור הדסה; ויקטור וייס, השל - שינויי אקלים, תכנית 2050; שירה כסליו הפורום למיגור העישון.

פרופ' ציון חגי: "יש מקום לשנות ולקצר את הסטאז' כדי להכשיר מהר יותר רופאים. אנחנו נגד אי שוויון ונגד ביטול מענקים לרופאים בפריפריה – המענק הביא 2000 רופאים לפריפריה. חייבים להשקיע בקהילה ובבתי החולים. האוכלוסייה המזדקנת לא מקבלת כבר היום טיפול רפואי כמו שצריך, ההיערכות להכפלת אחוז הקשישים מחייבת צו השעה בטיפול בקהילה ולא בבתי חולים ובמלחמה בבדידות". כמו כן, "חייבים להשקיע יותר בתשתיות וכן, ברופאים, כי שליש מהם קרוב לגיל פרישה – לטובת איכות חיים".

אבי בן זקן: "התכנית תסייע לנו להשקיע בפיתוח מוסדות באופן מתודי ואיכותי, יהיה קל יותר לפתח בעתיד ברגע שתהיה תכנית סדורה". בנוסף, "בשכונות/פרויקטים חדשים יש אתגר ליצור מרחב לשירותי רפואה בקהילה שלא בתוך קניונים. לתכנית הזו יש מעמד וערך סטטוטורי, להבדיל מיתר תכניות המשרד".

נדב דוידוביץ': קורא לשותפות עם הר"י ועם היו"רים של האיגודים בכלל ואיגוד רופאי בריאות הציבור בפרט.

חגי לוין: "הלוואי שהתוכנית תדאג לבריאות העובדים במרחב".

לילך: "זו הזדמנות פז להטמיע לתוך המערכת את הבריאות הסגל הרפואי ולקידום בריאותו".

עדנה: "אנחנו נכנס להיבטים כאלו ברמת עקרונות תכנון, המלצות וברמת פרוגרמות – הכשרה, מגוים, מלוניות, מתקני רווחה".

ויקטור: "זה מדהים ולא מובן מאליו. חסר לי כבר בשלב הזה להסכים על עקרונות התכנון".

עדנה: אנחנו בשלב הלימוד.

ויקטור: "על העקרונות חשוב לעשות שיתוף רחב. דבר נוסף, חשובה מאוד ראיה אינטגרטיבית עם תכניות רבות שרצות – תחבורה, הסעת המונים וכו".

עדנה: "יש לנו מממחים בתחומים הללו, משרדי הממשלה הרלוונטיים למשל, משרד תחבורה, הגנה"ס וכו' מעורבים, מנהל התכנון מתכלל את זה לתוכניות הארציות. חשוב לציין שהתוכנית סטטוטורית"

ויקטור: "לגבי רזולוציית העבודה – חשוב מאוד להתייחס גם לצמצום נסועה, שתצמצם זיהום אוויר ובהתאם תחלואה וכו'".

עדנה: הקושי הגדול הוא הצטמצמות שטחי המדינה – זו שאלה כבדה שלא נתעלם ממנה. חשוב מאוד לשריין את הקרקעות לפי תרחישים אופטימיים.

ויקטור: "היקף השיתוף והשותפויות ישפיע גם על יכולת המימוש".

ד"ר היימן, רופא משפחה: "בעיית פריפריה מול מרכז. חוק הבריאות גורם לבזבוז קשה בין ארבע קופות בפריפריה – וזה קריטי במאקרו, גם אם לא יושב בליבת התכנית".

עדנה: "אנחנו עלינו על זה עוד לא ידוע איך נוכל להשפיע על כך.

היימן: "בעוד כשנתיים כבר ניתן יהיה לנהל אשפוז בית בטלרפואה, צריך להיות מאוד רגיש להתפתחות הטכנולוגית, כי דגש רב יהיה לתמיכה בבית".

עדנה: "אסור לתוכנית להיות קשיחה – היא תהיה גמישה ותעבוד על תרחישים ויחס בין אשפוז, קהילה וטכנולוגיה. ביום העיון הבא נדון בכך".

שירה כסליו: "דגשים על רפואת נפש ועובדי סיעוד לא דוברו".

עדנה: קיימים כחלק מהלימוד שלנו.

שירה: "המבט מסתכל גם מ-2048 אחורה או רק מכאן קדימה?"

אבי בן זקן: "אנחנו יודעים שנצטרך הרבה גמישות במבט קדימה"

שירה: "מה לגבי תקצוב בסופו של יום?"

עדנה: "האוצר הינו חלק מהתוכנית והוא קובע מגבלות, כמו למשל 1.8 מיטות ל-1,000 נפש. כיוון שהתוכנית סטטוטורית, בסופו של דבר לכל הפתרונות יהיו גם תגי מחיר שהמדינה מאשרת"

אורי לרנר: "בתי חולים הם גם בית לסטאז', בבתי חולים חדשים צריך לסנף אותם מראש לפקולטות לרפואה. מל"ג ות"ת וור"ה (ועד ראשי האוניברסיטאות)".

עדנה: "זו שאלה חשובה מאוד, אנחנו נדבר על שיוך בתי החולים לאקדמיות, בתי ספר לאחיות וכו'. הדברים יקרו בעצמם ברגע שיהיו מיטות".

חגי לוין: "לחשוב על שילוב מחקר והוראה בבתי חולים".

אבי בן זקן: "המוסדות העתידיים מתוכננים כך – מקום לאקדמיה, בריאות הנפש וכל השימושים".

ציון: "התחזית היא מחסור של 5,000 רופאים בעשור הקרוב".

אבי בו זקן: "אחת הבעיות מענה היא המחסור בשדות קליניים לסטאז'".

עדנה: "התכנית מתניעה תהליך רחב יותר מאשר התכנית עצמה והיא תיצור "גלי הדף"".

24.10.2019 – פגישה עם פרופסור שוקי שמר יו"ר אסותא מרכזים רפואיים

מקום: אסותא רמת החיל, ת"א

משתתפים:
פרופ' שוקי שמר, ד"ר וניה וולך, יוסי (חיל הרפואה, בעברו מפקד בה"ד 10 וכיום ראש אגף תכנון וארגון ומזכיר באסותא), ד"ר רועי ברנע (חוקר ראשי באסותא)
צוות התוכנית: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב- יגודה, עופר מנחם, מיכל קלי- גוטמכר וחן הררי.

בתחילת הדיון, הציג פרופ' שמר את תפיסתו לעולם הרפואה והתייחס למכתב ששלח ההזמנה ששלח צוות התכנון טרם הפגישה.
פרופ' שמר טוען שעולם הרפואה בישראל לא השתנה מבחינה תפיסתית, האיר על ניגודי האינטרסים הקיימים במערכת הבריאות והדגיש את הבעייתיות של נוסחת הקאפ.
הציג את הסיפור על הקמת בית החולים סורוקה בבאר שבע בשנות ה-60 כדוגמה ללחצים ולבטים פוליטיים סביב הקמתו.
לדעת פרופ' שמר, קשה ולא ניתן להתיימר לתכנן את מערכת הבריאות כמה עשרות שנים קדימה.
לדעתו, צריך להתמקד בכמה נושאים ספציפיים בתכנון:

- מבנה בית החולים העתידי – איך יראה, מה יהיה הקשר שלו עם הקהילה.
- אשפוז ביתי – ישנם תהליכים כאלו שקורים כבר היום, אחד הפתרונות היעילים ביותר להפחתת מאושפזים בבתי חולים. ציין את תחום השיקום בפרט.
  לדעתו, האחריות בנושא צריכה להיות של בית החולים על מנת ליצור רצף טיפולי נכון למטופל. לדעתו, יש לפתח את האשפוז הביתי כמחלקה בתוך בית החולים.
- אופן התקצוב במערכת הבריאות בארץ – נוסחת הקאפ – מונע תחרות, מוביל לאשפוז יתר ועוד.

עדנה לרמן: הציגה את התכנית ואת מטרותיה. ציינה את היתרונות ואת המוגבלויות של כלי התכנון ותכנית מתאר ארצית למערכת הבריאות. אין בארץ תכנון אסטרטגי לתווך ארוך ולכן, חשוב למזמיני העבודה (מנהל התכנון ומשרד הבריאות) לתכנית שכזו.

פרופ' שמר: טוען שיש כשלים גדולים במערכת – למשל שיטת הקאפ – וצריך לתקן אותם לפני תכנון ארוך טווח.
מציע 'רשות אשפוז ממלכתית' ובלתי תלויה שתהיה אחראית על כלל האשפוז בארץ ויהיה הגוף שייקבע מדיניות לכל בתי החולים. בניגוד למצב היום, בו יש יותר מדי ניגודי עניינים.
חוזר וטוען שבלי שינוי מהותי במערכת הבריאות - התכנית לא תהיה רלוונטית.

עדנה לרמן: הסבירה את שני החלקים של התכנית - 1. תכנית סטטוטורית 2. מסמך מדיניות ואת חשיבותם.

פרופ' שמר: העלה רעיון של הקמה של קופת חולים וירטואלית.
מוסיף כמה נקודות שחשוב לזכור שקורים במערכת הבריאות בישראל:

- כל מיטה קיימת "נתפסת".
- כל מכשיר רפואי שקיים יש לו שימוש רב. ישראל היא המדינה היחידה בעולם שפיתחה שיטה לבלום שימוש במכשירים רפואיים – CON.
- בשונה ממערכות אחרות מערכת הבריאות (הציבורית) היא מערכת של mortal hazard, כלומר, מערכת שפועלת במודל כלכלי שונה מהרגיל. רופא ששולח לפרוצדורה רפואית לא צריך לתת דין וחשבון כלכלי.
- גודל אופטימלי של בית חולים – אין קונצנזוס בין מנהלי בתי החולים לגודל אופטימלי.
- חשוב מאוד להתייחס לנושא כוח אדם – כבר היום חסר ולבטח כשמסתכלים ומתכננים קדימה.

ד"ר וניה, רופאת נשים ומומחית למערכות בריאות, כיום מנהלת שיווק באסותא: בחנה את היסטוריית הקמתם של בתי החולים בארץ. לטענתה, בעבר בתי החולים היוו בעיקר כמקום מחסה ופחות טיפול. כיום, בתי החולים הפכו למקומות מטפלים ובעקבות כך, בעתיד בתי החולים לא יהיו נחוצים לאוכלוסייה העשירה שיוכלו לטופל (לרוב) בבית. לדעתה, בתי החולים ישנו את פניהם.
בתחום האשפוז הביתי – בית החולים צריך להיות האחראי.
הציגה את המודל המודולרי שמתקיים באסותא אשדוד וציינה שזהו נושא שמאפשר רבדים רבים לשינוי המערכת הקיימת ועל פיתוח רעיונות מתקדמים לתפקוד בית החולים העתידי.

יוסי: תמיד יהיה מחסור במשאבים. ציין שצריך לפתח רעיונות של ניצול משאבים בצורה טובה יותר. התייחס לכך שמדינת ישראל מדינה קטנה עם מרחקים גאוגרפיים קטנים המאפשרים מוביליות גבוהה.

לנושא הפריפריה – פרופ' שמר טוען שניתן להגיע לפתרונות ישימים, אך הכל תלוי בתקציב ראוי לכך.

פרופ' שמר מציין נקודה חשובה מאוד אשר לדעתו תשנה את פני המערכת: תיק רפואי דיגטלי פתוח לכל. ישפר את הטיפול ואת האינטגרציה בין כל השחקנים במערכת ובעיקר בין בית החולים לקהילה.

03.11.19 - פגישה עם שירותי בריאות מאוחדת רפואיים

מקום: מאוחדת

משתתפים:
ד"ר דודי מוסינזון, סמנכ"ל רפואה, איתן דר, מנהל כספים ואיילה בן דהן, מנהלת אגף רכש, קופ"ח מאוחדת ; ניר כספי, משה רונן ; משרד הבריאות
צוות התכנית : עדנה לרמן, אבי דגני, רינה דגני, מיכל קלי- גוטמכר, אביב אלחסיד וחן הררי.

איילה בן דהן: במדדים אנחנו טובים, כך גם בממוצע תוחלת חיים וכו'. בכל השירות שמצריך הרבה כוח אדם – אנחנו פחות טובים.
אנחנו נזקקים לשירותים כאלה יותר ויותר בגלל הגריאטריה ובתחומי בריאות הנפש בכלל.
משה רונן: התמ"א שואפת לייצר מפתחות לשימוש קרקעי גם לטיפול בקהילה.
עדנה לרמן ביקשה להגדיר את סוגי השירותים, היררכיות ומרפאות ואח"כ שטח קרקע – סחירה או ציבורית, עירונית או לא.
דודי מוסינזון: חשוב להבין ששיטת הפעולה שונה מאד בכללית. מעסיקה שכירים במרפאות בפיזור ארצי. מכבי ומאוחדת מבוססות על שילוב בין מרפאות ורפואה עצמאית.
נושא ההנגשה משפיע מאד על מרפאת העצמאיים כי צריכה להיות 100% הנגשה.
גם לנושאי תב"ע יש כיום פחות ביטחונות כך שרופאים עצמאיים עוברים לבתי רופאים. הייתי שמח שהשאלה תהיה איך תראה הרפואה ב- 2048.
אנחנו מובילים כיום רפואה היברידית – שילוב בין רפואה נוגעת לרפואה דיגיטלית. אני לא רואה אותנו סוגרים את המרפאות כמו בנקים ועוברים רק לדיגיטל אבל בהחלט יהיה צורך בפחות שטח פיסי.
איילה: במקביל, האוכלוסיה גדלה וככל שהשירות יותר נגיש – כך אנשים צורכים אותו יותר.
דודי: מה שייחודי אצלנו זה שהכל קורה מתוך התיק הרפואי של המטופל. בארה"ה לוקח שבועות להגיע לרופא משפחה.
יש לנו גם הפניה מקוונת לרופא שחוסכת הגעה למרפאה. במכבי – זה דומה, אבל אנחנו פזורים הרבה יותר מבחינת כמות המרפאות והרופאים העצמאיים.
בערים הגדולות יש לנו מרכזים של אלפי מטרים – התפיסה שלנו היא תפיסת כוכב.
במרפאה מרכזית יש רפואה יועצת, מכונים, מחקר, רנטגן וכו. סביבם יש מרפאות שנותנות שירות ברפואת משפחה, אורטופדיה ומעבר לזה קיימות קליניקות עצמאיות.
איילה: בנוסף, יש שירותים שניתנים בחוץ. אני מציעה שתתרכזו במבנה מרפאות.
איתן דר: זה מאד משתנה בין עיר לעיר.
איילה: נוכל לתת לכם טווחים לפי איזור גיאוגרפי. עניין השירותים וגודל המרפאות היא לא רק לפי גודל. למשל, במרפאת שפרינצק מגיעים מכל הארץ. אנחנו מאמינים בחופש הבחירה.
הרפואה ההיברידית מקרבת את היועצים הטובים גם לאנשי הפריפריה.
דודי: אנחנו מאמינים שחלק מתפקידנו הוא טיפולי בית. יש לנו מערך שלם של טיפולי בית ותמיכה - חלופה לאישפוז, שיקום בית, 'פנימיות'ביתיות וכו.
זה דבר שקיים היום באנגליה, ספרד ופורטוגל.

יש גבול לאן שניתן להגדיל בתי חולים ולכן, אחד מאתגרי הרפואה הוא יחס רופאים ומטפלים - חולים.

הבעיה בשירות הביתי היא שכדי שזה יהיה כלכלי – צריך להיות מאד יעילים. זה שירות יקר.

ככל שתהיינה מערכות ניטור ביתיות – נוכל לפתח יכולות של אישפוז ביתי.

בתי החולים מטפלים בעיקר בחולים יותר קשים ולא ביותר אנשים. ככל שתוחלת החיים עולה – יש יותר חולים ויש יותר מקום לטיפול בקהילה ובבית.

אנימאמין שנזקק ליותר מרפאות בקהילה – אפילו יותר מבתי חולים. היום, מקבלים חברים לשירותים כמו עירוי בקהילה כיוון שישראל גמישה יותר בתחום הזה לעומת אירופה.

חלק מההצלחות בסרטן – מייצר יותר חולים כרוניים עם מעקב וטיפול יקר וממושך.

עדנה: יש לכם מרכזי אישפוז יום?

דודי: כן ונעמיק זאת. עירוי, ברזל לווריד – טיפולים שבעבר היו רק בבית החולים נמצא במרכזי אישפוז יום בהם יש את כל הציוד הדרוש להחייאה.

עדנה: מה לגבי פסיכיאטריה וגריאטריה?

דודי: יש לנו היום פתרונות פסיכיאטריים שיחסכו אישפוז פסיכיאטרי. זה בין אישפוז לשיקום, פועל 24/7 – ומסייע לאדם בהתדרדרות טרם הצורך באישפוז. ב-20487 אני רואה במקומות האלה פתרון מרכזי למניעת אשיפוז.

איילה: בפסיכיאטריה וגריאטריה, יש צורך בהרבה כוח אדם. היום, אחות עושה הרבה דברים שבעבר רק רופא עשה.

בארץ, צריך למקסם את זמן הרופא. הקושי גדול בעירוב הקהילה בגריאטריה והפסיכיאטריה.

דודי: יהיו יותר שילובים כמו טיפול קבוצתי, למשל.

בהתייחס לבתי מרקחת – נאמר כי יש חופש בחירה.

במרפאות יש יותר תחרות בין הקופות. אנחנו פותחים מרפאות במקום שיש אנשים או ע"פ תכניות פיתוח. מאוחדת נוטה ליישם שירות תואם – ממרפאה גדולה ועד מרפאת רופא משפחה ורופאי ילדים.

פחות מעניין אותנו מעמד סוציו אקונומי. יותר מעניין שכונה חדשה ואוכלוסיה צעירה.

אנחנו מזנקים אצל המגזר החרדי והחברה הערבית – בירושלים, בית שמש, יפו ומודיעין עילית.

אנו משתדלים ללכת לקראתם היכן שאפשר, למשל, בכל הקשור לרופאות נשים לנשים אבל לא תמיד מבטיחים.

משה: לכל מגזר יש סגמנטים שונים. זו לא מקשה אחת.

דודי: צריך להבין שבכללית הבריאות שונה. מה שלא תפתח – יתמלא. לכן, אנחנו מתנהלים לפי השחקן, הידע יוצתר ביקוש ברפואה ואנחנו מקפידים על מרחקים סבירים.

עדנה: מה לגבי טיפות חלב והתפתחות הילד?

דודי: זה שירות שצריך להשתנות. יש לנו נשירה בתחום הזה ולא בטוח שמטעמי תקציב. יש מרכזי טיפות חלב שהם חלק ממרפאות התפתחות הילד.

05.11.2019 - פגישה עם פרופ' אורנה טל – סגנית מנהלת מרכז רפואי שמיר

מקום: מרכז רפואי שמיר

משתתפים:
פרופ' אורנה טל – סגנית מנהלת מרכז רפואי שמיר, יפתח אילן – מנהל אדמיניסטרטיבי מרכז רפואי שמיר, אלי – מהנדס מרכז רפואי שמיר; ניר כספי, משה רונן, משרד הבריאות
צוות התכנית: עדנה לרמן, אבי דגני, רינה דגני, מיכל קלי- גוטמכר, אביב אלחסיד וחן הררי.

אוזכרה תמ"א 15 – תכנית מתאר להסדרת שדות תעופה והאם היא מתנגשת עם התכית הנוכחית.
אורנה טל: האם התכנית תתייחס לנושא האשפוז הביתי ולקהילה בכלל? נותנת כדוגמה את ההבדלים בין בתי חולים ממשלתיים, למרות חוויית מטופל איכותית בתוך בית החולים (למשל, באסף הרופא ושיבא) אין קשר אחר כך עם הקהילה, מה שקיים בבתי חולים של כללית.
כמו כן, אורנה טל ציינה ששינויים טכנולוגיים ישפיעו מאוד על תחום הרפואה וכמובן, על התפתחות בית החולים העתידי.

יפתח אילן: צריך גוף שיחבר בין כל הדיסציפלינות בתחום הבריאות ויתכנן אותה על כל רבדיה. לא לשפר את המערכת מבלי להסתכל על כל הגורמים (בלי תכנון כוח אדם ותקציב בניינים לא שווים הרבה). לטענתו, התפתחות בית חולים תלויה בכוחו של מנהל בית החולים וביכולות שלו להביא משקיעים ותורמים – בלי קשר ליכולות הקליניות שלו. ישנו תסכול גדול ממערכת הבריאות.

לאחר מכן, הוצגה בפני צוות התכנון מצגת של התכנון העתידי של מרכז הרפואי שמיר:
המרכז הרפואי אמור לקלוט אליו את המכון לרפואה של תל כביר, מעבדות, בית חולים פסיכיאטרי ובית חולים גריאטרי (באר יעקב ושמואל הרופא).
שטח המרכז הרפואי החדש יהיה 140 דונם ו- 1,000,000 מ"ר בנוי. סטטוס התכנית: תוגש לאישור בדצמבר. צוות בית החולים יגיש התנגדות עצמית כאשר יגישו את התכנית בעקבות כמה סיבות:

- התכנית מחייבת את סימון הכבישים באדום ועל כן, מקשה על גמישות תכנון עתידי (למשל, ישנו כביש אשר חוצה את מבנה המיון החדש).
- הקו החום של הרכבת הקלה מתוכנן לעבור בשטח המרכז הרפואי, מה שיגרום לקשיים נוספים בגמישות תכנון עתידי והשגת היתרי בניה עתידיים.

לטענת צוות בית החולים, התערבות של גורמים רבים במתחם בית החולים מקשה ומגבילה מאוד את יכולות התכנון העתידי. לדעתם, בתי חולים לא יכולים לעבוד במסלול דומה של תכנון ובניה וצריך לחשוב על מסגרת אחרת של אישורים לאישורי בניה ביית חולים. פעמים רבות ישנו תורם שרוצה לתרום כסף להקמת מבנה בבית החולים, אך הרגולציה הארוכה מונעת ממנו לעשות זאת.
לרוב, לבית חולים כללי אין הגבל לגובה בניגוד לבית חולים גריאטרי ופסיכיאטרי אשר צריכים להיות נמוכים וקרובים לשטח פתוח. ממוצע אידיאלי על פי צוות בית החולים למבנה בבית חולים כללי הוא 8 קומות.

צוות בית החולים הציג את הדיון סביב קריה רפואית:

חברת TASK נשכרה על ידי משרד הבריאות על מנת לחקור ולהגיש המלצות בנושא. במשרד הבריאות קיימות ועדות שונות אשר בוחנות את הסוגיות השונות בהקמת קריה רפואית אשר כוללת בין היתר בית חולים פסיכיאטרי וגריאטרי. לטענת צוות בית החולים, מבחינת משאבים/תפעול אין ספק שקריה רפואית נכונה. מבחינה קלינית, יש מחלוקות רבות לשילוב שכזה ואין עדיין מסקנות ברורות.

בית חולים עתידי ותכנון עתידי:

- אורנה טל ציינה שבשנת 1977 נערך דו"ח גולדברג המעריך את מספר המיטות האופטימלי למחלקה – 38 וכיום, עדיין נשענים על מספר זה. במרכז הרפואי שמיר העתידי, מתכננים מחלקה לפי 36 מיטות ו – 1,600-2,000 מ"ר.
- אורנה העלתה את נושא ה- "CASE MANAGER" - "מתאם רפואה". לטענתה, בעולם הרפואה מבינים כיום שצריך אדם אשר יאחד, ינהל ויכוון מלמעלה על כמה רופאים. ישנם התלבטויות אם האדם צריך להיות רופא או לא.
- נשאלה השאלה האם שמתכננים בית חולים עתידי מתייחסים למטופלים ונוחיותו? כמו כן, צוין ש"דור העתיד", ככל הנראה, יהיה בעל רצונות ואופי שונה (למשל, בעל אוריינות דיגטלית גבוהה מאוד) מה שישפיע על האופן בו הוא יחווה טיפול בבית החולים. לכן, אורנה ממליצה על מתן דגש של ניתוח היבטים סוציולוגיים וחברתיים של האנושות בתכנון בית חולים עתידי.
- לטענת צוות בית החולים, רובו הגדול של פעילות בית החולים בעתיד יעבור לקהילה ולבית והפונקציות העיקריות שישארו במתחם בית החולים הם: כירורגיה ותחלואה מורכבת – כאשר תהיה הלימה בין אנשים ממעמד סוציו- אקונומי לבין רמת השירותים מבית החולים. כלומר, ככל שאדם יהיה ממעמד סוציו- אקונומי נמוך - כך יצטרך להגיע יותר לבית החולים.

פריפריה: האוכלוסייה שגרה בפריפריה בארץ מקבלת שירות רפואי פחות טוב מזו במרכז.
הפתרון תלוי במדינה ובקביעה שלה את רמת שירות איכותית גם בפריפריה.
ישנן הרבה אפשרויות לשיפור באיכות השירות, למשל, "שלוחות" של בתי חולים ברחבי הארץ אשר יחזקו שירותים חסרים במקומות רלוונטיים.

9.1.2020 - מפגש בקהילה טיפת חלב – באר שבע

מקום: טיפת חלב, באר שבע

משתתפים: פרופ גדלביץ - אבי בן זקן – משרד הבריאות, אבי תורג'מן – שירותי בריאות כללית, מוטי סבג ליאורה אחות ראשית, עוזי מאוחדת, מיכאל חנה מורן

צוות התמ"א: נדב דווידוביץ, עדנה לרמן, רינה דגני, איציק מרום, מיכל קלי גוטמכר, חן הררי, אורית נבו,

בעייתיות בחלוקה למחוזות:

פרופ' גדלביץ – לא פגשתי 2 גורמים שיש להם אותה חלוקה למחוזות. אני מנהל המחוז מאשדוד עד אילת אבל אני עובד מול שתי מטות, משרד הבריאות איחד את המחוזות אבל זה נעצר ברמת הראש.

לשכת הבריאות

גדלביץ: עוסקים הרבה ברפואה מונעת ב-3 אגפים שונים שכולם עוסקים במניעה:

- טיפות חלב, אחיות בי"ס - אפידמיולוגיה, חיסונים מונעים
- בריאות הסביבה – תברואה, מי שתיה, מערכות ביוב
- שירות המזון

יש פרדוכס, הלשכות עוסקות במניעה, אם הן מצליחות בתפקידן "לא קורה כלום" ולכן לא נמצאים בסדרי עדיפויות של חלוקת משאבים.

ב200 השנים האחרונות מערכת הבריאות והמניעה משתפרת ועמה תוחלת החיים. דבר אחד הולך ומחמיר - זיהום האויר.

טיפות חלב

נדב: לטיפת חלב יש חשיבות רבה. באוסטרליה טיפות החלב הן מרכז קהילתי גם לעבודה עם ילדים

פרופ גדלביץ : כיום לילדים יש הרבה פחות חיסון טבעי. אם בעבר הילד פיתוח חיסון טבעי עד סביבות גיל שנתיים היום מה שמגן עליהם זה החיסונים בגיל הילדות.

קיימת רשת רחבה של טיפות חלב 40% שייכות למדינה 40% לקופות 20% לעיריות.

מחסור במשאבים: התחנה בה אנו נמצאים היא אחת המרשימות והמתוחזקות בין אשדוד לאילת, עם זאת היא נראית הרבה פחות טוב מכל סניף קופ"ח הכי בנאלי, כי התשתיות והמשאבים שונים ממה שאנחנו מקבלים. כאן נמצאים בעיקר אחיות ומעט רופאים, אין מזכירות בכלל. הארכיב של טיפת חלב מונח בארגזי קרטון.

נדב: את המזכירות העיריות היו אמורות לתת לפי הסכם בשנות ה70.

אבי בן זקן: התחנות עצמן הן רכוש העירייה ומשרד הבריאות הוא שמשלם על התחזוקה

מחסור בכוח אדם

גדלביץ: האחיות שלנו עובדות קשה כמו בבתי חולים (ללא משמרות לילה) והשכר שלהן הוא הכי נמוך בסקטור האחיות. ב2007 כשהעברנו את אחיות בתי הספר לקבלנים העברנו 67 תקני אחיות ב2012 זה חזר אלינו קיבלנו בחזרה רק 45 תקנים, באותו זמן כמות החיסונים הוכפלה. בדרום יש בכלל מחסור באחיות אז כאן יש לנו 18 תקנים לא מאויישים של אחיות, מתוך 180 תקנים במחוז דרום, כי השכר מאוד נמוך. בטיפות חלב בדרום לא עובד אפילו רופא אחד מומחה ברפואת ילדים, כל הרופאים שלנו הם עולים מברה"מ לשעבר.

נדב: אחראית אם וילד ארצית רוצה לשלב רופאים משולבים של קופח וטיפת חלב

מוטי סבג: וזה עוד לפני המחסור של תקנים לעומת גודל האוכלוסיה.

גדלביץ: בעוד שנה וחצי יהיו כאן 150 אחיות חדשות מבית הספר לסיעוד בברזילי, אבל לא יהיה להן איפה לעבוד, כמו שמטפלים בנושא כוח האדם צריך לטפל בנושא התקינה. חסרים לנו עוד 50 תקנים מעבר לאלו שלא מאויישים כיום.

עוזי בלבן: מחסור בכוח אדם משפיע על פרישת השירותים הפיזית. אנו רואים אצלנו ש20% מהביקורים הפיזיים עברו לצורה מקוונת, הקופות נותנות יותר ויותר שירותי רפואה היברידית וזה ישפיע גם על התכנון הפיזי. לא צריך לתכנן כמו בעבר, לא צריך מרפאות בכל מקום.

ליאורה: בצפון יש עודף אחיות, המקום היחיד בישראל. המודל שם שונה הרוב הן של מש. הבריאות.

ריכוז מול פיזור השירותים

גדלביץ: כמה טיפות חלב בכלל צריך? בבאר שבע 220,000 איש ו8 תחנות טיפת חלב. האם צריכה להיות נגישות שאישה עם עגלה הולכת ברגל לטיפת חלב? או שיהיו בב"ש 3 מרכזים גדולים עם ריכוז של שירותים וצוות מקצועי.

ליאורה שחר, אחות מחוזית: בתחנה ראשית אפשר יהיה לקבל גם אחר הצהרים. כיום לאוכלוסיה היהודית נותנים שירות טיפת חלב בבוקר ויום אחד אחהצ, ובחברה הבדואית רק בבוקר. צריך להבין שהרצון המקצועי שלנו זה לא בהכרח הרצון שמשקפת הרשות המקומית. בגלל שאין קונספט תכנוני ארצי שמגדיר את הצורך בתחנות אז ראש העיר עושה בכל שכונה קונספט קצת שונה. חשוב מאוד שיהיה תכנון כללי והוא יהיה העוגן ולא כל פעם ימציאו מחדש.

גדלביץ: אני לא יכול להתעלם ממה שרוצה ראש הרשות. חלק גדול מהם רוצים קודם כל נגישות גבוהה, שיהיה קל להגיע, החלק של השירות המקצועי פחות מעניין אותם. כשנכנסתי לתפקיד הייתי נחרץ בעד "תחנת המילניום השלישי", תחנה גדולה עם צוות מקצועי, הפריה הדדית, הרבה יותר אפשרות לשת"פ עם הקופות, מרכזים לגיל הרך, ניהול סיכונים יותר טוב, אפשרות לכלול פונקציות לגיל הרך בתחום ההתפתחות one stop shop לתינוק, לפעוט ולמשפחה, זה היה נראה נפלא. בירוחם - ישוב קטן יחסית, זה עובד. מצד שני עיר כמו באר שבע, שמקימים בה שתי שכונות ענק חדשות, עם הרבה משפחות צעירות, ראש העיר רוצה טיפת חלב בכל שכונה כזו, ויקים 2 תחנות. ואז איך נאייש אותן?

יש הבדל בין ב"ש לבין הפזורה, שם אין טעם לטיפה אחת גדולה, שבט א לא יגיע לשבט ב אין הרבה מקומות ניטראליים כמו בית חולים, רק במקום ניטראלי כמו צומת שוקת אפשרי

אבי בן זקן – ברמת הגולן מכבי עשתה ניידת שעובדת בין הישובים

ליאורה – הניידת הומצאה פה. הופעלה פה שנים רבות ע"י אחיות שלנו והרכב שייך לאגודה. אחד המודלים של טיפות חלב זה ניידת. יש בעיה של שירותים ושל תחזוק הרכב. אבל אנו רואים שיש גרעין קשה של אוכלוסיה שלא מגיעה אלינו והם זקוקים מאוד לניידת.

בלבן: אנו כקופח לא רוצים לפתוח טיפת חלב, זה עלות נוספת שלא מתוקצבת דרך החוק, אנו נאלצים בגלל התחרות. בחריש היה צריך להקים טיפת חלב אחת גדולה, זה לא קרה ואז קופה אחת הקימה וכל האחרות נאלצו להקים גם, ואנו מחוייבים להקים עפי התקנים של משרד הבריאות - 150 מטר, שזה בזבוז גדול, אין בזה שום תחרות, זה לא מביא לקוחות. אנשים לא עוברים בגלל שירות.

נדב: כמו הדמיה ובתי מרקחת התחרות כאן רק מפריעה, מאבדים ראיה כללית. יש כאן עיוותים של כוחות השוק, לא יעיל, לא מתנהל נכון, בזבוז כסף. אין מודל אחד שיכול להתאים לכולם.

אבי בן זקן: מתי נקבע שקופח הן שמקימות טיפות חלב?

גדלביץ: זה משתנה לפי המקום, בכל מקום אחרת, היסטורי.

נדב: זה ולונטרי, יש מקומות בהן הקופות מתחרות בינהן ועושות טיפות חלב למשוך משפחות צעירות. הקופות לא מתוקצבות על טיפות חלב, כמו כל נושא קידום בריאות, אין חוק בריאות ציבור שמסביר מהו סל הבריאות שמגיע לאנשים בריאים, בשנים האחרונות התחילו לעשות מבחני תמיכה, כי אין כסף. נושא החיסונים התחיל להיכנס לסל זה הזוי.

ליאורה: יש מודל של טיפת חלב ליד גני ילדים ומעונות - אשכול משותף.

חנה מורן: האם יש מודל של טיפת חלב שמשולב בטיפול באזרחים ותיקים, טיפת חלב וטיפת זהב?

גדלביץ: זה יכול להיות מאוד מעניין אבל אנחנו נאבקים על שרידות. המשאבים שעומדים לרשותנו דלים והופכים להיות יותר ויותר דלים, לא עומדים בכל התוכניות שצריכים לעמוד בהן. נאלצים להקריב פעילויות כמו קידום חינוך לבריאות בבתי ספר כדי לעמוד בחיסונים. השמיכה מאוד קצרה במיוחד בדרום. את מדברת על איגום משאבים אבל בדרום אין משאבים לאגם.

בן זקן – משרד הבריאות תקצב 10 מיליון שח לטיפות חלב אנו לא מצליחים לממש אותם.

9.1.2020 - מפגש בקהילה במרפאת שירותי בריאות כללית, באר שבע

מקום: מרפאת שירותי בריאות כללית, באר שבע

משתתפים: טלי חביב - שירותי בריאות כללית, אבי בן זקן – משרד הבריאות, אבי תורג'מן – שירותי בריאות כללית, עוזי מאוחדת, חנה מורן

צוות התמ"א: נדב דווידוביץ, עדנה לרמן, רינה דגני, איציק מרום, מיכל קלי גוטמכר, חן הררי

טלי חביב: אנו מתנהלים מול 2 מחוזות של משרד הבריאות

ריכוז מול פיזור השירותים

חביב: אני מגיעה מירושלים, היה לי קשה להבין למה כל כך הרבה מרפאות, אבל אפשר להבין רק מבפנים. המחוז צעיר גם הקופה הולכת ומצעירה. עליית תוחלת החיים, גידול אוכלוסיה, החברה הבדואית, יש הרבה שכונות חדשות, כל קופה רוצה להיות ראשונה בשכונה החדשה,

רפואה בקהילה

עולה השאלה האם יש הגדרות שונות לקופה ולמשרד הבריאות מה זה אישפוז בית ומהו טיפול בית?

בלבן: המדינה מעודדת לטפל בבית, הבעיה היא בבתי החולים שלא משחררים. לנו יש הסכם עם אסותא על אשפוז בית, אבל בתי החולים לא מעוניינים. מניסיון של הכללית היא הקימה חברה של אשפוז בית (בתקופת קפלן) אחרי שנה סגרו את החברה כי עשתה עבודה יותר מדי טובה, הם פינו הרבה אנשים לבית וכל מיטה שפונתה מיד התמלאה וראו שמשלמים פעמיים.

בן זקן: אם האחריות על אשפוז בית היתה עוברת לבית החולים, לא לקופת החולים, ובית החולים יכול להעביר הביתה ועדיין להשאר המטפל, אבל עם פחות צוות, האם ערך כלכלי לא יעודד אותם?

לבלן: אם יתמרצו גם את בתי החולים וגם את הקופות זה עשוי לעבוד.

מחסור בנדל"ן

חביב: יש בעיה עם הקצאות קרקע, שטחים חומים, לא מוצעים שטחים חומים לשימושי רפואה למרות שאנו מוסד ציבורי.

בן זקן – מחוז הדרום גדל, יחד עם מעבר שירותים לקהילה, איך אתם נערכים לזה, איך מוצאים נכסים לשכונה חדשה, משריינים מראש? איך נערכים נכון לגידול אוכלוסיה בשכונה קיימת? האם תופסים נכס הכי מהר, גם אם קטן, או שיש פרוגרמה מסודרת לX מטופלים?

חביב: כל קופה רוצה להיות ראשונה בשכונה חדשה וזה מצריך חשיבה מראש.

בלבן: יש לנו תוכנית חומש שם אנו מחליטים לאן רוצים להתפתח ולאן לא

תורגמן: מאוחדת הם קופה קטנה, הם יכולים לקבל החלטות כאלו כי לא יכולים להיות בכל מקום.

בלבן: כקופה קטנה אנו עובדים במודל הכוכב, משתדלים לרכז את כל הרפואה היועצת והמכונים במרכז העיר במקום נגיש, משם מתכננים לווינים במרפאות השכונתיות שהן יותר קטנות. במקומות כמו ירושלים שהתפתח היסטורית אז זה טלאי על טלאי.

בן זקן: בשכונה חדשה אם הייתם מקבלים שטח לפי רצונכם מה הייתם עושים בו? אני רוצה להקצות לכם שטחי קרקע ולא מצליח לקבל מידע מה צריכים באמת.

תורג'מן וחביב: על כל אלף מבוטחים צריך רופא= 100 מטר ועוד 25-30% לטובת כל השאר: מכונים יעוץ, מרכזי בריאות וכד'.

עדנה: איזה מערך של רופא משפחה/מזכירות/אחות/חדר לרופא מקצועי וכד' צריך לפי אוכלוסייה?

תורג'מן: האלף הראשון הוא לא כמו האלף השני, המודל בפזורה מתאים למה שידרש לאלף הראשון. בפזורה עשינו 7 מרפאות בשנים האחרונות ובנינו מודל. יש גרעין ראשוני מינימלי ואז תוספת של מטראז' על כל אלף נוספים, המפתח שונה לאלף הראשון ולגידול. אותו דבר בכרמי גת. מה שחסר לנו בנוסחה הזו זה לדעת כמה מבוטחים יהיו לקופה שלי כאן. כל קופה מנחשת, ולכן להקצאת הקרקע תמיד תהייה כפילות כי כל אחד לוקח בחשבון אחוז יותר גדול ממה שיהיה שלו. יש יתירות. בכללית האסטרטגיה היא קופה ראשונית עד 10,000 מטופלים, ב11,000 מפצלים, בונים עוד אחת ומעבירים את המבוטחים בדפנות לחדשה.

חביב: כשאני נכנסת לשכונה חדשה אני שואלת את עצמי איזו אוכלוסיה תהייה שם, לא הכל זהה.

עדנה: האם הקופות יכולות להיות כולם באותו בניין ?

משיבים כולם: כן

בן זקן: האם הגיוני שבכל עיר תהייה מרפאה יועצת גדולה אחת ?

תורג'מן: במודיעין בדותן על שטח אחד מאוחדת ויתרה וכללית ולאומית נכנסו על אותה משבצת כולל אותו מגרש חניה. המרפאה היועצת שלנו באשקלון היא 4000 מטר ועוד 4000 מטר חניה. בבאר שבע על 80,000 מבוטחים אנו צריכים 7000 מ"ר. ביועצת אני לא צריך את היתירות הגדולה מול הקופות האחרות כמו במרפאות הראשוניות בשכונות החדשות.

בן זקן: האם ניתן שהמדינה תתן שטח אחד לקופה אחת ותדרוש שהיא תתן שירותים לאחרת.

איציק: אם קופה אחת יכולה להקים ולתת שירותים לשאר הקופות זה יכול לעבוד, בית מרקחת זה בעייתי

חביב: כשזה גורם ניטראלי, ספק, כן, אבל לא כשזה קופה אחרת, הדאטה של המבוטחים היא מידע יקר מדי לחלוק עם האחרים.

9.1.2020 - סיור במרכז הרפואי סורוקה, באר שבע

מקום: מרכז רפואי סורוקה, באר שבע

- 83% מהרשויות המקומיות בדרום מדורגות בין 1-5 במדד החברתי של הלמ"ס.
- קיימות 2 מרפאות בדואיות בדרום
- חוסר בכוח אדם בדרום: ממוצע רופאים של 2.1 לעומת 3.3 ממוצע ארצי. ממוצע מיטות הנמוך בארץ 1.35 ל- 1,000 נפש.
- סורוקה הינו מרכז העל היחיד בפריפריה – והיחיד שלא נמצא ליד בית חולים אחר.
- אוכלוסיות שונות צורכות רפואה בצורה שונה: לבדואים צרכים שונים מהאוכלוסייה היהודית, במצב כיום ילד בדואי צורך 1/3 ממה שצורך ילד יהודי ממערך הבריאות.
- בדרום: הבעיה המרכזית היא תורים ארוכים ושמינות נמוכה של שירותי רפואה בקהילה, ולאו דווקא פיתחת בית חולים נוסף.
- מרכז על הינם בתי חולים אשר יכולים לטפל בצורה המהירה ביותר בפצועים.
- בשנים הבאות רוב הניתוחים הקטנים (והרווחיים) יעברו לקהילה ובתי החולים יערכו לרוב את הניתוחים האקוטיים והמורכבים.
- הבעיה בהעברת פרוצדורות מסויימות לקהילה היא כלכלית תקציבית. המערכת בנויה בצורה מסוימת אשר מעודדת תהליכים רפואיים מסויימים על פני אחרים. יש הגיון מסויים. יציאה לקהילה צריכה להיות מתוכננת ומתוקצבת בצורה נכונה. עד שלא יארגנו ויחשבו אותה בצורה יעילה הקהילה לא תקלוט את מלוא הפוטנציאל של השירותים הרפואיים שהיא יכולה לאפשר.
- סיעוד: פתחו שלוחה של בי"ח קפלן בסורוקה – כל שנה לומדים 2 מחזורים.
- ישנו ניסיון של משרד הבריאות שממנן תכנית לימודים למקצוע הסיעוד המכוון לאוכלוסייה הבדואית ברקנאטי.

12.5.20 - פגישה עם צוות מומחים אוניברסיטת בן גוריון ונוספים

משתתפים:
דן גרינברג, פול בארך, ג'וזף פילסקין, מוריה אלן, אודיה כהן.

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, רינה ואבי דגני, עופר מנחם, ברוך לוי, לוטן קראון, חן הררי.

דן גרינברג:

- תכנון מערכת הבריאות לתווך ארוך הוא מאתגר מאוד ומגפת הקורונה רק הוכיחה עד כמה קשה לערוך תחזיות בתחום הבריאות. השינויים הטכנולוגיים משנים כל הזמן את אופי הטיפול שניתן לתת.
- לדעתו מגמות התחלואה הקיימות כיום ישתנו –מושפעת ממדיניות ואמצעים טכנולוגיים. למרות שאוכלוסיית ישראל בקצב עלייה הטכנולוגיה והפיתוחים הטכנולוגיים יאפשרו מיתון בעקומת התחלואה. המתווה של צוות התכנון להתייחס בתכנית לתחזית הגבוהה נכון.
- מגפת הקורונה הדגישה את הצורך בגמישות תפעולית במיטות האשפוז בבתי החולים.

נדב: כיצד ניתן להעריך את המעבר של טיפולים הניתנים בבתי החולים לקהילה ולבית? (10%-20%?)

דן: מערכת הבריאות כיום מבוססת על תמריצים המעודדים אשפוזים בבתי החולים, שינוי השיטה יכול לשנות את מגמות האשפוז. בנוסף, אשפוזי בית תלויים באופי האוכלוסייה ובמכונות של המערכת – תהליך שיכול לקחת הרבה זמן (בתים אשר מותאמים לאשפוז, מערכת תפעולית לאשפוז בית ועוד).

מוריה אלן:

- מעבר בין בית חולים לקהילה – הספרות המקצועית בנושא מצביעה על מעבר לקהילה כפתרון הנכון ביותר לתכנון מערכת הבריאות. Tax shifting – צעדים פוליטיים – יכולים לעזור למעבר המערכת לקהילה.
- נדב: הצוות מכיר את הספרות והמודלים ומחזיק בנקודת המוצא (גם משרד הבריאות) של העברת מערכים רבים לקהילה, השאלה היא באיזה אחוז/משקל?

פול בארך:

- מגפת הקורונה הדגישה עד כמה מודלים ותחזיות אינן יכולות (או מתקשות) לחזות את המציאות. צריך לבחון כיצד ניתן ללמוד ממקרה זה לגבי תחזיות.
- על מנת לתת מענה כולל למערכת הבריאות חייבים להתייחס לתכנון כוח אדם והבטחת איכותם.

- בריאות הציבור – מגפת הקורונה עוזרת להבין שבריאות הציבור אינה מושפעת רק מאיכות בתי החולים ומספר מיטות, צריכה להיות תשתית עוטפת להבטחת טיב הטיפול. (דוגמה טובה לטיפול מחוץ לבית החולים: טיפות החלב אשר הטיפול ניתן רק בקהילה).
- צריך להתייחס למימד הגמישות של בית החולים שיוכל לפעול במצבים שונים.
- צריכה להיות התייחסות לאוכלוסיות השונות אשר לכל אחת מאפיינים בריאותיים שונים (למשל חרדים, בדואים וכו).
- חשוב לתת את הדעת גם על איכות הטיפול הרפואי הניתן ולא רק על כמות הרופאים/בתי חולים/מיטות.
- מיטות פר נפש הן מדד לא נכון – לא ניתן ונכון למדוד את מערכת הבריאות רק במספר המיטות פר נפש.
- על מנת לבנות תחזיות לטווח ארוך, ניתן לבחון מודלים לטווח זמן קצר אשר יוכלו לתת הארכה לעתיד הרחוק יותר.

אודיה כהן:

- מוכנות החירום: צריכים ללמוד ולזקק את התובנות בעקבות מגפת הקורונה על מנת ללמוד עד כמה ניתן להיות ערוכים לעתות חירום.

26.5.2020 – פגישה עם צוות מדיטק

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

צוות מדי-טק -

ד"ר שגית ארבל-אלון – רופאה ראשית משרד הרווחה (לשעבר מנהלת האגף לתכנון מדיניות במשרד הבריאות), ד"ר גיל לביא – ראש אגף תכנון ואסטרטגיה שירותי בריאות כללית, ד"ר מירי מזרחי ראובני – סמנכ"ל אסטרטגיה מכבי שירותי בריאות, ד"ר סיגל שפרן–תקוה – מנהלת מרכז הדסה למחקר וחדשנות בסיעוד, אדיר פרידור – מתמטיקאי יו"ר מכון טכנולוגי, פרופ' קובי גלזר – ראש התכנית למנהל מערכות בריאות באוני' ת"א, ד"ר אריאל (אלי) לויטה – לשעבר ראש הוועדה לביטחון בינלאומי ולבקרת נשק במשרד הביטחון, ד"ר יובל כהן – פרויקטור קורונה, רונן ולפיש – מזכיר הצוות

צוות תכנון תמ"א 49 – עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, לוטן קראון, תמי סתיו, מיכל קלי גוטמכר, חן הררי

נדב ועדנה מציגים את עיקרי התכנית והשאלות המרכזיות העומדות בפני צוות התכנון:

הנושא המרכזי הנידון כעת הוא **מעבר השירותים הרפואיים לקהילה:**

- איך קופות החולים נערכות לקליטת שירותים רבים (הכוללים אשפוז) בקהילה?
- איזה סוגי מוסדות (אם בכלל) חדשים/ קיימים מפתחים קופות החולים לטיפול ואשפוז בקהילה?
- איך כל קופה רואה את העתיד הרפואי של הטיפול והאשפוז בקהילה?

עדי ניב יגודה –

- מציג את נושא התחזיות והתרחישים שפיתח צוות התכנון.

מירי מזרחי –

- עסוקים לקראת הגל החדש של מגפת הקורונה. חושבים שבעקבות הקורונה יש הזדמנות מצוינת לחשיבה מחדש של מערך האשפוז. הקו של צוות התכנון למעבר לקהילה זהה למה שהם חושבים.

ברמת התפיסה:

- המטופל במרכז: טיפול בהתאמה אישית – בעזרת שילוב טכנולוגיות המאפשרות שליטה רחבה יותר של המטופל. יאפשר דבקות של המטופל בטיפול. כמו כן להביא את הטיפול אל המטופל הביתה.

מבחינה מעשית: חשיבה חדשה על מערך האשפוז.

- צריך להקצות יותר מיטות אשפוז בבית – כנכס לאומי אסטרטגי. הרבה מיטות אשפוז כללי בבתי חולים יכולים לעבור לבית – יאפשר גם טיפול שיקומי בבית ויותר מיטות גריאטריות.

- כיום, אין תמריצים כלכליים – לבית חולים לא משתלם לשחרר מאושפז להמשך טיפול בבית. חושבים שכרגע יש הזדמנות טובה בעקבות גל הקורונה.
- מרפאות בקהילה – חייבות להיות "במרחק עגלה" – קשה מאוד לפתוח מרפאות חדשות. העיריות לא רואות והן אינן מחויבות לשמירת קרקע למרפאות. שכונות חדשות רבות אינן נבנות עם מרפאות.
- **מוסדות בריאות עתידיים:** אינטגרציה של בריאות, חינוך ורווחה. ה- "well being" של רוב האוכלוסייה אינן מושפעות רק מרופאים אלא המשאבים שיש בקהילה – ברווחה בחינוך ועוד. ככל שנפתח תהליכים שכאלו כך יוטב לאזרחים ולעתיד. מוסדות משולבים כאלו יאפשרו "זקנה בריאה" והקמת מסגרות כמו "טיפת זהב", שילוב של גני ילדים ומבוגרים ועוד.

כקופת חולים: סל הבריאות הוא אשר קובע אם קופות החולים יתקצבו ויתפעלו דיור מוגן.

ד"ר סיגל שפרן–תקוה -

- לזהות אילו טיפולים הם בבית חולים, אילו במרפאה השכונתית ואלו אשר ניתנים בבית.
- ברמה המתודולוגית: להגדיר יעדים, מטרות, סקר מצב קיים ומציאת הפערים ופתרונות.

ד"ר גיל לביא –

- התקיימו פעילויות ותכניות אסטרטגיות ע"י צוותים משותפים של משרד הבריאות וקופות החולים.

תוצרים:

- מסמך מדיניות: בית החולים העתידי – TASC
- קופת החולים העתידית: את המסמך ריכז מוריס. מבנה המרפאה, המטופל, הצוותים המתפעלים ועוד. כנראה עדיין לא הגישו מסמך סופי.
- מגפת הקורונה: יצרה סיטואציה "מקרה בוחן" להזדקנות האוכלוסייה במהירות. מגמות הזדקנות האוכלוסייה הואצו מאוד בתקופה הזאת. היה צורך לתת מענה רפואי.
- ריאה עתידית: "מרחב": אזור גיאוגרפי מסוים - אזור בין בית החולים לבין הקהילה – אשר בו ניתן לשלב בתשתיות ובכוח האדם למענה בבית החולים ובקהילה. היכולת לשחרר מטופלים בין החולים לקהילה צריך להיעשות ברצף טיפולי נכון ומושכל. כיום התמריצים הכלכליים ל מאפשרים זאת.
- אשפוז ביתי: עוד לא הוכח שאשפוז ביתי הוא תחליף אמיתי לאשפוז בבית חולים. תלוי מאוד בסוג מחלה, דרגה וכו. לכן מיטת אשפוז בקהילה אינה שוות ערך למיטת אשפוז. צריך להעמיק בנושא.
- **יש לעשות מיפוי מדויק** – אילו שירותים הנמצאים בבית החולים לא צריכים להיות בקהילה ויש להוציא אותם לקהילה.

פרופ' קובי גלזר -

- חיזוי ארוך טווח ומאתגר מאוד. אין עוד מערכת קיימת המשתנה כמו מערכת הבריאות. מאוד מקשה לתכנן לטווח ארוך. איך בונים מערכת שמצד אחד תהיה מוכנה לעתיד ומצד שני גמישה מאוד לשינוי? אתגר גדול מאוד.
- בעולם הרפואה, בניגוד לענפים אחרים בהם הטכנולוגיה עוזרת ומשפרת את המערכת, בעולם הרפואה הטכנולוגיות האלו מאוד יקרות: על כן, אשפוז ביתי לא יוזיל עלויות – קיימים יתרונות לגודל בית החולים. שאין בבית.
- תמריץ לאשפוז יתר בבית – כמות מוגבלת של מיטות אשפוז בבית החולים מובילה ל"שליטה" באשפוזים. אם מדברים על אשפוז בבית, יכולה להיות "דרישה" רבה יותר לאשפוז מצד החולים.

עדי ניב יגודה -

- בהמשך לדבריו של קובי – יש שונות בין טיפול בית, שיקום בית, אשפוז בית והוספיס בית. כל טיפול והאמצעים שלו.

3.6.2020 - פגישה עם אגף גריאטריה ומנהל תכנון אסטרטגי כלכלי במשרד הבריאות

מיקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: אירית לקסר, איריס רסולי, חני שרודר, צפי הלל- דיאמנט, משה רונן, ניר כספי

מנהל התכנון (משרד הפנים): פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', ברוך לוי, עופר מנחם, מיכל קלי גוטמכר, תמי סתיו, חן הררי

אירית לקסר -

- **קהילה – חלופה לבית חולים כללי**

שתי מסגרות חוץ ביתיות (חוץ מבי"ח ובית): 1. **מסגרות ל- protective care:** המצב הקיים לא מספיק וצריך מסגרות כאלו לפחות פי שלוש. 2. **מסגרות ממושכות יותר:** בתי חולים סיעודיים, מעונות לתשושים וישנם פיילוטים למסגרות נוספות שהם לאו דווקא ברישיון/תקן של בית חולים. מוסדות אלו יהיו העיקר כשמסתכלים לעתיד: נפח בית החולים יקטן ואשפוזים ביתיים לא יהיו בהיקף גדול כמו שחושבים. לכן מרבית תשומת הלב צריכה להיות מופנית לסוג מוסדות אלו.

ישנם דוחות רבים אשר מדברים על הצרכים של אשפוז גריאטרי: דו"ח שטסמן, תכנית אב ועוד.

- **בדו"ח שטסמן** יש פרק על גריאטריה פעילה.
- ישנה חשיבה על מודלים מסוגים שונים למוסדות באשפוז הממושך - מוסדות סיעודיים, מוסדות לתשושי נפש, הוסטלים ועוד. כפי שאנחנו יודעים בעתיד יהיו הרבה יותר אנשים עם מחלות כרוניות וצריך לחשוב על מודלים שונים שיוכלו לתת מענה לכך. היום, יותר מלפני הקורונה, פסימית אם ניתן לתת טיפול שכזה במסגרת הבית – מערכות הרווחה ילכו ויקטנו. יש לבחון מודלים שונים (כרגע בפיילוטים).

חני שרודר –

- **בדו"ח שטסמן -** 2 סוגים של מיטות: 1. מיטות בפנימיות 2. גריאטריה בבתי חולים כלליים. אגף הגריאטריה עובד על עדכון המסמך על פי תחזיות למ"ס.

עדנה לרמן –

- במסגרת התכנית הצוות יציג כמה סוגים אפשריים למוסדות אשפוז בקהילה/מרפאות, מגוון של אפשרויות לאשפוז הגריאטרי והחשוב הוא הקצאת הקרקע. בלי הקצאת קרקע ציבורית יהיה קשה מאוד להקים אותם. על כן נשמח לשמוע אילו סוגי מוסדות משרד הבריאות חושב עליהם. חשוב לשמור על גמישות בתכנית.

נדב דוידוביץ' –

- מה המדיניות של משרד הבריאות לגבי שילוב בתי חולים גריאטריים בבתי חולים כלליים?

איריס לקסר -

- ישנה עבודה של אורלי ויינשטיין – ביה"ח העתידי. משרד הבריאות לא חושב שבבית החולים הכללי (העתידי) צריכה להיות מחלקה רק לקשישים. הקשישים נמצאים בכל המחלקות בבית החולים, צריכות להיות הרבה יותר פונקציות רוחביות ולא משנה איפה שוכב החולה. צריכה להיות ראיה פליאטיבית ולא משנה מי הרופא הראשון שמקבל את החולה. לדעתה דברים מקצועיים רבים שחשבו לפני הקורונה צריכים לחשוב מחדש. בעידן כזה אי אפשר להעביר חולי קורונה ביחד עם חולים אחרים. בשלושת החודשים האחרונים משרד הבריאות חושב על מוסדות אחרים לטיפול בקורונה.
- יש מסמך של משרד הבריאות המציג את החוסר בטיפול בקשישים.

חני שרודר –

- מציגה את העלייה בשיעור הקשישים באוכלוסייה וכיצד היא תגרום לעליה בהוצאות הבריאות: כיום חלקם של הקשישים באשפוז הינם 40% כאשר בשנת 2050 מעריכים שחלקם יהיה 57% - מחזק את הטענה שהקשישים יהיו בכל מחלקות בית החולים. ישנו צורך ביחידות יעוץ גריאטריות בבתי חולים. כל המחלקות יהיו בתפוסה גריאטרית.



איריס רסולי –

- אחוז הקשישים בפנימיות כיום 60%, בטיפול נמרץ לפחות 50%, בכירורגיות כללית 35% (בערך פי 3 מיחסם באוכלוסייה).
- ישנו גם "חוסר מוסווה" הנוגע לאיכות הטיפול - למשל זמני המתנה בקביעת תורים.
- ישנם טיפולים שאינם יכולים להינתן בבית (למשל קולונוסקופיה, גסטרו ועוד). יש לבחון עד כמה ניתן להנגיש את בית המטופל.

- המדינה לא עשתה מספיק עבודות על נגישות הבית לטיפול רפואי ונגישות כללית של אוכלוסיות שונות למרפאות.

עופר מנחם - הציג את הסימולציה לתחזיות ותרחישים של צוות התכנון.

איריס + **אירית** – חסרה התייחסות בהנחות היסוד לרמת התפקוד של האוכלוסייה הגריאטרית (לא רק התייחסות לשינויים דמוגרפיה ותחלואה).

איריס רסולי - (במענה לאחר הדיון)

- מדיניות משרד הבריאות מתבטאת במבחני התמיכה, הניתנים בין היתר לקופות החולים כדי לתמרץ פיתוח שירותים אלה. בין היתר בתחומי:
  - **מניעה** (לרבות מניעת גורמי סיכון קרדיווסקולרים, מניעת נפילות, מניעת אוסטיאופורוזיס וכו') – כדי לצמצם תחלואה ומוגבלות מלכתחילה.
  - **שיקום** – לשפר מוגבלות תפקודית קיימת.
  - **שיפור הטיפול בתחלואה גריאטרית** – בפרט התכנית הלאומית לדמנציה, והתכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי וסוף החיים, ריבוי תרופות, אנשים שכבר חווים נפילות חוזרות ועוד – ולמנוע הידרדרות, ובהתאם לצמצם שימוש בשירותי בריאות שהוא "בר-מניעה".
  - **פיתוח הטיפול הרפואי בבית** כחלופת אשפוז.
  - במקביל, מגיפת הקורונה האיצה פיתוח שירותי בריאות מרחוק.

- הצעדים הנ"ל רלבנטים לתמ"א 49 מבחינת:
  - הצלחה ניכרת של מניעת תחלואה ומוגבלות תקטין ביקושים (זו התקווה, עדיין לא ברור אם תתממש).
  - הפחתת ביקושים אמורה להקטין בין היתר שימוש בשירותי מרפאה ובהתאם ורך במבני מרפאה.

- עם זאת – בהיעדר הוכחות בינתיים לאפקטיביות של צעדים אלה, וכן היות שטיפולי בית נשענים על מחוייבות בני משפחה או עובדים זרים (נושא שהוא בספק לגבי "קיימות" לאורך זמן במבנה החברתי המשתנה) – קשה לדעתי לומר כעת שיש פחות צורך במבני רפואה בגישה התכנונית.

22.6.2020 - סיור במסגרות טיפול ואשפוז בקהילה – קהילה אקולוגית, פרדס חנה

מקום: קהילה אקולוגית - רחוב היוגב 11 פרדס חנה

משתתפים:

קהילה אקולוגית – ערן (מנכ"ל המוסד), ענת (מנהלת המוסד), טל ברגמן, אודי דני בודובסקי - משרד הבריאות,

רחלי קולסקי – מנהל התכנון

צוות תכנון – עדנה לרמן, תמי סתיו, אביב אלחסיד, חן הררי

קהילה אקולוגית – שיקום לקראת חיים משולבים בקהילה. המקום קיים שנתיים (ישנו מקום נוסף ברמלה הפועל שנתיים וחצי).

שטח קרקע – 8 דונם. ייעוד הקרקע – שטח חום – בי"ס לחקלאות פרדס חנה. המתחם כולל 4 מתחמים שונים (בעיות מורכבות, צעירים, בעיות גופניות,) מחולקים. במתחם ישנם 68 מטופלים וכ- 100 עובדים.

שירות זה ניתן כשירות חוץ – המדינה מפרסמת מכרז עם סטנדרטים לבינוי והפעלה וחברות פרטיות ניגשות אליו.

השוהים בבית הם החולים הקשים ביותר במערך האשפוז הפסיכיאטרי – בית זה מהווה תחליף אשפוז ארוך טווח ומסגרת שיקומית במקום אשפוז בבי"ח פסיכיאטרי. משרד הבריאות ערך מיפוי ובחן מי ניתן להעביר מאשפוז בבתי החולים לסוג זה של אשפוז ושיקום.

מודל קהילה אקולוגית הינו מודל ייחודי אשר הוקם בישראל ואינו קיים במקומות אחרים בעולם.

"השיקום בדיור מחולק לרמות תפקוד שונות, שההפרדה ביניהן אינה דיכוטומית וניתנת לשינוי תוך כדי התהליך השיקומי. במערך השיקום בדיור נבנית לכל דייר, בשיתוף עמו, תכנית שיקומית המתאימה לשאיפותיו, יכולותיו והמוטיבציה שלו. התוכנית מתייחסת לכל תחומי החיים . לאחר בניית התוכנית מתחילים לעבוד על פי אבני הדרך שהיא מתווה. מדריך השיקום הוא סוכן השינוי המסייע למתמודד להוציא לפועל את התוכנית. העובד הסוציאלי נפגש עם כל דייר לפגישה בה בה הם מעבדים את השינויים המתרחשים, מתמודדים עם הקשיים ובונים ללא הפסקה את התקווה והאמונה בעצמו וביכולותיו. מדריך השיקום והעובד הסוציאלי מיידעים את הדייר בזכויותיו ,ובעת הצורך מתווכים בינו ובין השירותים השונים בקהילה"[81].

טל ברגמן – ישנו אתגר וקושי גדול מאוד למצוא שטח ומבנה אשר מתאימים לסטנדרטים הנחוצים לסוג זה של דיו וטיפול. ישנו צורך חשוב לשריין שטחים ציבוריים בפריסה ארצית על מנת להקל על הקמה של קהילות אקולוגיות ותחליפי אשפוז בקהילה.

[81] אתר קידום פרוייקטים שיקומיים, יוני 2020, http://www.kidumpro.co.il/html5/sbs.py?_id=9272&did=1143&G=1143

22.6.2020 - סיור במסגרות טיפול ואשפוז בקהילה – בית מאזן, כפר יונה

מקום: בית מאזן - רחוב השושנים 26 כפר יונה

משתתפים:

בית מאזן – פרופ' פסח ליכטנברג (מנהל סוטריה), אורן (פסיכיאטר), יאיר (מנהל הבית), אסנת (אחות הבית);

טל ברגמן, אודי , דני בודובסקי - משרד הבריאות,

רחלי קולסקי – מנהל התכנון

צוות תכנון – עדנה לרמן, תמי סתיו, אביב אלחסיד, חן הררי

סוטריה – מבוסס על מודל הקיים בחו"ל. "הבית מבוסס על השקפת עולם הוליסטית, הרואה את האדם כשלם שנברא בצלם ומתוך כך יש להתייחס לאדם בצורה הראויה והמכבדת ביותר. ההתייחסות לפסיכוזה היא כחוויה אנושית קיצונית כאשר הגישה הנכונה להתמודדות עם פסיכוזה כרוכה בבניית סביבה מוגנת, חמה ומכבדת בתוך הקהילה"[82].

החברה מפעילה 3 בתים מאזנים (בכל בית כ- 10 מטופלים):

בירושלים: בית לגברים – ממוקם בלב העיר ירושלים.

ובית לנשים –ממוקם בשכונת בקעה, בירושלים.

בכפר יונה :בית מעורב לנשים ולגברים: הבית מכיל 10 מטופלים.

פרופ' פסח ליכטנברג – ניהל במשך 25 שנים מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים. בית מאזן מסוג זה הינו ניסיון טיפולי למניעת אשפוזים בבית חולים. לא כל אחד יכול לשהות בבית מאזן – ישנם מבחני קבלה טרום ההגעה.

תפעול המקום: הרגשה של בית. קשה לדעת מי המטפל ומי המטופל. המטרה היא להקיף את המטופלים באנשים ומתן אוזן קשבת בצורה מכובדת.

צוות המקום כולל את מנהל הבית, פסיכיאטר, פסיכולוג, עובדת סוציאלית, אחות ומלווים.

ממוצע השהייה של מטופלים 5 שבועות (אך משתנה מאוד בין כל מטופל).

לבית המאזן סידור עם ארבעת קופות החולים.

טל ברגמן:

עד שנות ה-70 במדינת ישראל חולים במחלות בריאות הנפש טופלו ואושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים סגרגטיביים ומרוחקים. באותן שנים היו בערך כ- 7,000 מיטות פסיכיאטריות. לאחר ההבנה בעולם כי אין זה הטיפול המתאים צומצמו מספר המיטות הפסיכיאטריות בחצי (3,500) והועברו לקהילה. משנות ה-2000 ובמיוחד בשנים האחרונות פועל משרד הבריאות על מנת להוציא ככל הניתן את פגועי הנפש לטיפול ואשפוז בקהילה. שאיפת המשרד להוציא מחצית ממיטות האשפוז בבתי חולים לקהילה - כיום ישנם 3,600 מיטות אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים.

בישראל כיום:

3,600 מיטות אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים

[82] אתר סוטריה, יוני 2020, https://soteria.org.il/

2,600 מיטות אקוטיות – ניתן להוציא כמחצית מהחולים לאשפוז בקהילה

1,000 חולים כרוניים במחלות נפשיות – ניתן להוציא את כולם לטיפול ואשפוז בקהילה.

12.7.20 - ישיבה עם אגף אסטרטגיה מנהל התכנון

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:
מנהל התכנון: שחר סולר, רונית מזר, רחלי קולסקי, מאיה טופול, פיאנה קרנץ
משרד הבריאות: משה רונן, נועם הירש
קופ"ח כללית: אבי תורג'מן
צוות התכנון: עדנה לרמן, עופר מנחם, תמי סתיו, חן הררי

רונית מזר –
מטרת הישיבה – הצגת תרחישים ותחזיות ביקושים למיטות אשפוז והצעה לתדריך תכנון פיתוח ופריסת שירותי הבריאות בקהילה.

עדנה לרמן ועופר מנחם – מציגים את הרקע לעבודת הצוות וההנחות בבסיס התרחישים והתחזיות.

שחר סולר –

- צוות התכנון ציין כי התבסס על תחזית למ"ס גבוהה לאוכלוסייה, סבור שנכון ללכת על התחזית הבינונית בדומה לתכניות ארציות אחרות ומציע לקיים פגישה פנימית בנושא.
- מבקש לדעת איך עבודה זו תשתלב עם התדריך הקיים.
- מבקש לבחון תכניות לדוגמא הכוללות הטמעת ההקצאה המוצעת.
- ביקש לדעת אם התמ"א חלה/ לוקחת בחשבון את תושבי איו"ש.

עדנה לרמן –

- התכנית מציעה להתבסס על תרחיש למ"ס גבוה על מנת לאפשר טווח וגמישות תכנונית. התכנית תציג טווחים בין תרחיש 'מגמות' לתרחיש 'יעדים' ("התכנית האסטרטגית לדיור"). בשלב זה הצוות מציג את המנעד הרחב של הצרכים כאשר בשלב הבא ייבחן כיצד ניתן לממש צרכים אלו. לגבי יו"ש, התמ"א לוקחת בחשבון את התושבים הישראלים ביו"ש ואת צרכי הבריאות שלהם.

מאיה טופול –

- מהו אשפוז וטיפול בקהילה, האם הכוונה לטיפול בבית? בניגוד לבית חולים?

עדנה לרמן –

- אשפוז בקהילה היא אשפוז וטיפול שלא מתבצע בבית החולים, כלומר גם במוסדות בקהילה וגם בבית המטופל. בישראל, על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קופות החולים אחראיות על מתן הטיפול בקהילה. ישנם פתרונות לטיפול בבית שקיימים כבר ויש כאלה שעדיין לא.

- תדריך תכנון, פיתוח ופריסת שירותי הבריאות בקהילה - התדריך מציג ראייה תכנונית כוללת למערכת שירותי הבריאות בקהילה. החל מרמת השכונה והרובע העירוני [מרפאה ראשונית, טיפת חלב] ועד מגוון שירותי בריאות ברמה הכלל עירונית והאזורית. [מרפאות מקצועיות/יועצות, מלר"ד, מרפאות לאוכלוסיות יחודיות ועוד] חשוב שמערכת התכנון תבטיח אפשרות הקמת מערכת שירותי בריאות בראיה מערכתית כוללת של מגוון הצרכים. במצב היום קופות חולים נאלצות לשכור שטחים שאינם תואמים לשימוש, משקיעות כספים בהתאמת המבנה אולם אין להם ביטחון לטווח זמן. התוצאה מכבידה על תקציבי הקופות, משרד האוצר מודע לקשיים אלה ומעוניין בפתרון נאות.

שחר סולר –

- מדוע נדרשת הקצאת קרקע ציבורית למרפאות [קרקע חומה] כאשר זהו שימוש סחיר?

אבי תורג'מן –

- קופות החולים אינן עונות לקריטריונים של שימוש סחיר, זהו שירות לציבור שנתמך ע"י החלטות ממשלה וחוק הבריאות, קופות החולים משלמות הרבה מאוד כסף (קופ"ח כללית 250 מיליון ש"ח, קופ"ח מכבי 200 מיליון ש"ח בשנה) על שכירויות של מרפאות שונות. הבהיר כי בעבר היו לקופות חולים הקצאות לשטחים חומים.

נועם הירש –

- חלק מהפתרון להבטחת קרקע למוסדות בריאות בקהילה יכול להינתן על ידי הקצאת קומה מבונה במבני מסחר ומגורים.

משה רונן –

- העדפת משרד הבריאות היא להקצות שטחים חומים, ככל הניתן, למרפאות בקהילה. שימוש משולב עם מגורים אינו מתאים מאחר ובמרפאות מבקרים אנשים עם מחלות שונות.

רונית מזר – מסכמת את הדיון:

1. הקצאת הקרקע ליישובים אזוריים ופריפריאליים - מומלץ להעביר את החומר לאהוד יוסטמן המקדם תכניות כוללניות למועצות האזוריות.
2. האגף האסטרטגי במנהל התכנון ישלח את הערותיהם. כפי שהוחלט בוועדת העורכים האחרונה, מה- 5.7.2020 יינתן שבוע עד 10 ימים [עד 15.7.20] להעברת הערות לתדריך על ידי נציגי לשכות התכנון.
3. תחזית האוכלוסייה – נקיים ישיבה פנימית במנהל התכנון בנושא ונעדכן את צוות התכנון ואת משרד הבריאות.

28.7.2020 - סיור במרכז רפואי רבין – פתח תקווה

מקום: מרכז רפואי רבין (ביילינסון), פתח תקווה

משתתפים: ד"ר איתן וירטהיים – מנהל המרכז הרפואי רבין; ד"ר אלי דרייפוס – משנה למנהל המרכז הרפואי רבין; אליעזר אלחדד – מהנדס ראשי, מרכז רפואי שניידר.
צוות העורכים: עדנה לרמן, ד"ר נדב דוידוביץ, תמי סתיו, חן הררי

איתן וירטהיים:

- במערכת הנוכחית אין ניצול מלא של **שעות שימוש בחדרי ניתוח** במתקנים הרפואיים, בניגוד למרכזים פרטיים כמו אסותא ששם זה יוזמה פרטית ויש פעילות כל הזמן אצלנו יש פעילות רק עד שעה 23:00 זה מאפשר לנו הרבה פחות פעילות על השטח הנתון. זמן בינוי של חדרי ניתוח הוא הכי ארוך
- בגלל בעיות כאלו גם פעולות שהן בסל הבריאות עם טופס 17 יוצאות למרכזים הפרטיים. 60% מניתוחי הקטרקט קורים מחוץ למערכת, נוזלים החוצה.
- החסם הכי גדול הוא כוח ניהול כיום יש לנו מחסור במנהלים. אם נשכלל את **המבנה הניהולי** ניתן להגיע ל-2000 מיטות למרות שהספרות מדברת על עד 800. בארה"ב ואירופה מדברים על 200-400 מיטות למרות שהאמירה היא 800 (שזה בילינסון היום), אבל כבר היום אין די כוח ניהול ל800 מיטות, אם יטופל אפשר להגיע להרבה יותר.
- בעיה קשה היא **תחבורה וחניה**. ראש העיר חושב שהחולים יגעו בתח"צ זה לא עובד ככה. צריך חניה גם לצוות. הצוות לא יגיע כולו באופנים ותחצ. כיום מסתובבים רבע שעה ומחפשים חניה ומגיעים עצבניים לעבודה. או שמגיעים שעה לפני הזמן כדי למצוא חניה ואני צריך לשלם על השעה כי הם "דופקים שעון". מוסד של 4000 איש לא יכול לתפקד בלי שטחי חניה, אם אתם רוצים שיגיעו אלפי אנשים ביום למרפאות החוץ אי אפשר בלי פתרונות חניה. חניה תת קרקעית – אני מקנא בחניות האיפוסקי במרכזי הקניות. לנו אין בעיה עם חניונים תת קרקעיים.
- **תכנית אב** בניגוד לבתי החולים של המדינה אלו של שירותי בריאות כללית כרגע אין להם תוכניות אב כוללת
- מבחינה ניהולית אנו **קומפלקס אחד עם השרון** מבחינה מעשית לא כי פיזית אנו מנותקים יש כביש באמצע.
- זה נכון לחבר גם **מחקר וגם הוראה** בתוך הקריות הללו
- מה שחסר בשש קריות העל זה **רפואה מרחוק**, לדעתי כל מרכז על צריך פעילות כזו, היא לא מקטינה את מספר המיטות הנדרשות אלא מקטינה את האסון ברגע שיש אשפוז יתר. משפר את הטיפול. צריך לבנות גם את בית החולים הוירטואלי הזה, גם אם הבית חולים וירטואלי עדיין צריך שטח לצוות. אין לנו כיום מקום בו הרופא שמבצע את זה יכול לשבת ולדבר מרחוק עם החולה, אני צריך קיוביקלס בשבילו, מרכזים אלו יותר חסכניים בשטח.
- הגידול **האמבולטורי** גדול לא פחות מהגידול בדרישה למיטות אשפוז, בגלל שיש מצוקת שטח, ובגלל שלקהילה יש יותר שטח מאשר לבתי החולים , אלפי המבנים של קופות החולים מכסים יותר שטח מבתי החולים, לכן חלק מהשירותים האמבולטורים ניתן יהיה לבצע בממשק עם

הקהילה. לא משנה איפה המטראז' הזה נמצא הוא יכול להיות בקהילה או אצלנו אבל צריך להתחיל לתכנן אותו.

- לא למדנו עדיין לדבר עם הקופות חולים בנושאים אלו אין תוכניות משותפות
- במכבי למשל פעולות כמו קלנסקופיה קורת בקהילה ובמקומות אחרים זה בבתי חולים.
- המבנים הישנים בדר"כ עוברים לשימוש אמבולטורי והאשפוז יוצא לבניינים חדשים והישנים לאט מתפוררים
- נושא של **שטחים ירוקים** סביב בתי חולים הוא קריטי, אנו לא רוצים שזה יראה כמו ג'בליה. יש משמעות לשטחים ירוקים בתוך בתי חולים ובטח בתרבות הישראלית. המשפחות יושבות שם החולים יוצאים לשם, הצוות רוצה לצאת לשם להתאוורר. לא סביר שלא יהיה שטח ירוק במגדל מגורים לא סביר גם במגדל אשפוז של 30 קומות.
- **מנחתים על גגות** – יש בעיה כי זה דורש מיומנויות הנחתה מיוחדות ולחיל האויר אין אפשרות לתת את שעות ההכשרה הנדרשות לכן מנחתים על הגג במקומות שאין עבודה משותפת עם הצבא לא רלוונטי. אפילו שני המנהלים החזקים של איכילוב לא הצליחו להביא את הצבא להנחית על המנחת שעל הגג. זה לא עובד. צריך מנחת על הקרקע.
- **תשתיות** - מרכז אנרגיה וכד' זה טלאי על טלאי, הם האחרונים שמתוכננים, אלו שימושים שתופסים שטח ויכולים לפנות שטח. להזיז את מיקומי הגנרטורים והמערכות האחרות זה פרויקט אדיר בהיקפו, אבל יכול לפנות שטח.
- **מיגון** – ברמב"ם נפלו 2 טילים בים הושקעו מיליארד שח במיגון. בנהריה נפל טיל שהרס חצי מחלקת עיניים ולא עשו כלום, האשפוזים פשוט יורדים במצב הזה. אנחנו במצבים כאלו פשוט משאירים פחות פעילות ומורידים אותה 2 קומות. לא הייתי מקדיש כרגע יותר מדי לחירום. ההנחיות הקיימות הן כבר over kill יש לזה המון השלכות תפקודיות ביום יום פוגע ביכולת אשפוז חניות ותפקוד זה כמו פיל
- אשפוז של **טיפול נמרץ** בתוך מחלקות רגילות – אנו עושים את זה ובגלל זה אנו מובילים באחוז הזיהומים, זו פרטיזניות, אנו לא נמשיך עם זה ואז החולים ישארו באמבולנס,
- את הנירוכירוגיה והקרדיולוגיה אני לא מוסיף לפנימית אלא יוצר מרכז עצמאי, אני מפזר את המיטות שלהם.
- כבר היום חסר המון מטראז' ובעתיד עוד הרבה יותר. בעשור הנוכחי אנו נצטרך להוסיף עוד **מגדל אשפוז** אי אפשר להעמיס עוד קומות על המבנים הנוכחיים
- גהה, ביס לסיעוד דנה, מרכז ההדרכה, מרכז האנרגיה – אלו הם **פתרונות לשטחים** , אבל צריך תקציב אדיר לפינוי. דורש גם זמן ייקח יורת מעשור להסיט את התשתיות הללו. רק הזזת כבל חשמל זה שנתיים כאן. הדרך שמציעים היום זה לוותר על הקרקע לטובת מיזמים נדלנים ועם הכסף הזה לבנות, זה לא ריאלי, אני לא יכול לוותר על מטר אחד.
- **שטחי מסחר** – זה built in במערכת הבריאות , רק אצלנו מצפים ממני לקושש כספים לתפקוד, רוצים שאני אכניס כסף דרך תשלום על חניה ומסחר, אני חייב להקצות את השטחים האלו כדי להשיג כסף.

- **המיטה השלישית** שאנו נאלצים להכניס היא למצבים של עומס, אבל למעשה המיטה השלישית היא תמיד שם ותמיד פוגעת באיכות האשפוז, אי אפשר להזיז אותה ואת הארונית ואת הוילון ואת הכורסא.
- **חדרי מיון** – זה עניין אקוטי. המצאנו מין בשתיים או 3 קומות. למעשה זה 3 חדרי מיון נפרדים. זה כאוס. חייב להיות קונספט וכרגע הוא הפוך ממה שצריך. זה המקום הכי קשה ומורכב. צריך היה להחליט שלבית חולים יש 2 חדרי מיון. מה שקרה זה שיש 100 מיטות בחדר מיון זה לא דבר שניתן לנהל ביכולות של ישראל. חדר מיון ל200,000 בשנה זה לכאורה 100 מיטות אשפוז אבל למעשה בשעות השיא דורשות יותר. זה יוצר מיום מפלצתי ואז אחוז הרבה יותר גדול של המגיעים למיון מתאשפזים, אנו מגיעים כבר ל25-30% שמתאשפזים במקום מיון שממנו הולכים הביתה ואז לא תופס מיטה רק כיסא. בגלל הקונספט של המיטות המאושפזים כבר נשארים. גם המחשוב פגע, פעם כשהתיק הרפואי היה על החולה ידענו למה הוא מחכה, כיום בלי עגלת המחשוב שיכולה להכיל רק 16 שורות אני הרבה פחות יודע וזמן השהות רק מתארך.
- **מלרדים** בעייתי כי מי שיושבים שם זה הרופאים שנפלטו מכל המערכות האחרות, המלרדים בקהילה לא יפתרו את העומס על בתי החולים. זה מנדט של קופות החולים ויש להן גם תמריץ כלכלי גדול על זה ועדיין זה קשה לפתח בגלל המחסור בצוות רפואי איכותי.
- **תנאים לחולים** - ביוסטון כל חולה בחדר נפרד, בלחץ שלילי ויש לו מסך של 55 אינץ שדרכו הוא מיעץ עם הרופאים ועם האחיות.
- המחסור בשטח גורמת לזה שכל הנושא האמבולטורי ומרפאות החוץ יוצאים למקומות מחוץ לבתי החולים.

10.8.20 - סיור במרפאת לין ובמחוז חיפה וגליל מערבי, שרותי בריאות כללית, חיפה

מקום: מרפאת לין, חיפה

משתתפים:

רונן נודלמן – מנהל מחוז חיפה וגליל מערבי, שירותי בריאות כללית; ד"ר לילך צולר – רופאת מחוז חיפה, שירותי בריאות כללית; ד"ר ארז אלון – מנהל מרפאת לין; רן אהרון – מנהל אדמיניסטרטיבי מרפאת לין;

עורכי התכנית: עדנה לרמן, רונית מזר, עדי ניב יגודה, תמי סתיו, חן הררי

רונן: המחוז הזה בכללית לבדו גדול יותר מכל קופח לאומית מבחינת מספר לקוחות. כ18% ממבוטחי הכללית. 5 מינהלות. יש מרפאות בהתיישבות העובדת, מרכזים לרפואה יועצת שעובדים מול בי"ח כרמל. מודל מרחבי של בית חולים קהילה. בכל המרפאות הראשוניות של מכבי במחוז יש אורתופד ורפואת נשים. יש ריכוז מאוד גבוה של רופאים עצמאים במחוז, הרבה מגזר ערבי וקצת חרדי.

בחיפה עצמה אנו במצב ייחודי שיש לנו מספיק מיטות עד 2040, בכלל בתי החולים (לא רק כללית) לא כולל קריות ולא כולל בריאות נפש וגריאטריה. כרגע יש עודף מיטות בחיפה זה לא פשוט לנו מבחינה עסקית כי מיטה עולה ולא נשארת ריקה. יש אשפוז יתר בחיפה. בחיפה היתה הרבה שנים הגירה שלילית בקריות יש צמיחה.

יש לנו הרבה פעילויות שאנו עושים כאן ואז מייתרים מיטות בבתי חולים

בתקופת הקורונה ראינו שהרבה מהאוכלוסייה פחדו להגיע למרפאות. לקחנו רכבים, לקחנו אחיות והתקשרנו יזום ללקוחות ברמת סיכון והאחיות הגיעו אליהם עד הבית, עשו בדיקות בית והביאו כל מה שחסר. קרדיולוג של כרמל הגיע עם אקו נייד לחולי אי ספיקת לב קשים.

יש הרבה מודלים בקהילה. למשל מודל עם צבר לגבי אשפוז בית למי שצריך לקבל אנטיביוטיקה לוריד, יש לנו כמה עשרות בשלוש מנהלות. רק למקרים חריפים ואשפוז של 3-4 ימים. זה עולה בערך שליש מאשפוז, בערך 600 שח.

אנחנו מאוד מאמינים ברפואה מרחוק, יעוץ מרופא לרופא: רופא המשפחה פונה לרופא היועץ דרך הפלטפורמה שלנו מצרף את כל החומר ומקבל תוך יומיים תשובה, זה נותן שירות מצוין וחוסך תור. כעת מפתחים מערכת התייעצות של רופא יועץ מול יועץ. אנו עושים שיקום מרחוק.

סיימנו כבר כעת את כל התכנית לדיגיטציה של כל העשור. היום לכל המרפאות שלנו יש אפשרות לתור דיגיטלי או בטלפון או בוידאו מול הרופא האישי. האתגר כעת לשמר את זה גם אחרי הקורונה ובכך לאפשר לאוכלוסיות שצריכות להגיע.

בחיפה יש אחוז קשישים גבוה במיוחד ועדיין מדדי רפואה גבוהים מאוד וגם רפואה מרחוק אנשים ברמה סוציואקונומית גבוהה גם המבוגרים יודעים להפעיל.

בכפרים הערבים בגלל בעיות תשתית זה לא עובד

יש לנו כמות מאוד גדולה של בתי מרקחת, זה מודל ייחודי לנו, אנו מאמינים שהרוקחים הם חלק מצוות הטיפול הרפואי, ממשיכים לפתח זאת.

הרפורמה בבריאות הנפש אצלנו למעשה נגמרה. בנינו מרפאות בכרמיאל ובקריות, יש אוכלוסייה שניתן לתת לה את הטיפול בקהילה ולצערנו אין את הכלים לתת ולכן הם מתאשפזים היום. ברגע שנגמרה הרפורמה אין משאבים. מתכננים לפתוח אתר שיהווה כמו אשפוז יום מהבוקר עד אחר הצהרים. בבריאות הנפש ברגע שאתה יכול לתת את הטיפול בבית אז יש חסכון אמיתי.

במגזר הערבי זה מתבקש, קשה שם למצוא מטפלים טובים שגם יודעים את השפה, יש ביקוש אדיר.
לין - יש בבניין הזה מחלקות בית חולים, למשל אף אוזן גרון עם 9 רופאים, אונקולוגיה, מחלקת אלרגיה שבדר"כ לא קיים בקהילה והתפוקות שלה הן יותר ממה שעושים בבילינסון.
בקריות צמיחה פי 3 מהממוצע בארץ בתחלואה. מרפאת זבולון, דומה ללין בקריות. אלו שני המרפאות היחידות בארץ שעושות ניתוחים בקהילה ובכמות שלא היתה מביישת בית חולים. רופאים שלנו מכרמל עובדים בזבולון ולין, מנהלי מחלקות בכרמל מנהלים מחלקה במרפאות. זה נותן ללקוח שירות בלתי רגיל באיכות רפואית, גם רפואה יועצת וגם רפואה שלישונית, חלק זה מרפאות חוץ של בית החולים, רשת של מיון קהילתי, יש פנימאים וציוד מעבדה משמונה בבוקר עד שבע בערב. בזבולון 1500 עד 1600 ביקורים בחודש במיון הקהילתי 96% משתחררים לבית תוך שעתיים זבולון נמצא בקריות אבל משרת הרבה ישובים במרחב. אנו מרגישים בהעדר בית חולים בקריות שם האוכלוסיה צומחת.
אנו רואים הישגים מאוד גבוהים, למרות האוכלוסייה הקשישה: אשפוזים חוזרים מהנמוכים בארץ. אנו עומדים להקים מרפאה גדולה בקרית ים. את זבולון כדאי אולי לבנות בצמוד לגילת. על קרקע לצרכי בריאות, עם התשתיות שלא מנוצלות לאורך כל היום.
ב1.7 פתחנו מוקד לילה בבית חולים כרמל משבע עד 11 בלילה. לקחנו רופאים מומחים, עם אחות וכל הבדיקות הנדרשות. אם צריך להתאשפז אז לא צריך לעבור במיון. מנצל תשתית קיימת בשעות שלא עבדה.
ברגע שיש שכונה חדשה המודל שלנו שאנו נכנסים, נמצאים בכל שכונה. קשה לי למצוא נכס למרפאה, יותר קשה לי מקופות אחרות כי באחרות הרופא הפרטי הוא מאתר את הנכס ואצלנו הקופה עושה את זה. מכבי בונים עם חברת בת ולה יותר קל מלי. יש שכונה חדשה במבואות הדרומיים של חיפה שאני מחפש בה נכס כמה שנים. מכבי לקחו נכס שלא מתאים לשימושי מרפאה מבחינת התב"ע, לי בקניון או שטח מסחרי אסור לפתוח מרפאה. יזם רוצה שיהיה רשום שימוש מסחר, אני יכול לבנות מרפאה בשטח בייעוד משרדים לא במסחר, במסחר רק בית מרקחת. אני רוצה שבכל שכונה חדשה שיהיה אזור שבו מותר להקים מרפאה לתושבים כמו שיש שטח לבית ספר.
תורגמן: היעוץ המשפטי שלנו אומר שמרפאה יועצת לא יכולה להיות באזור מסחר. אצל קופה אחרת זה חברת בת קבלנית, הם קוראים לזה בית רופאים ולא מרפאה ואז אין להם מגבלות.
עדנה: צריך שתהייה הגדרה מדויקת למרפאה עם כל הצרכים שלה, מיגון, מיזוג אויר.
בתקנות פיקוד העורף למוסדות בריאות מוגדר שמרפאה בקהילה מחייבת מרחב מוגן ייעודי מעבר למרחב המוגן הכללי של 6% משטחי המרפאה ומינימום 30 מטר. שטח זה מיועד לניהול מרפאה בשעת חירום (חדר רופא, חדר המתנה, שירותים) וזה חסם. לעומת זאת רופא פרטי זה בעל מקצוע חופשי ואז ברגע שהם בית רופאים הם לא נופלים בהגדרה המחייבת. לא צריך לדרוש מאיתנו מיגון בכל מרפאה שכונתית. כי בכל מקרה אין די כוח אדם להפעיל את כל המרפאות הקטנות בשעת חירום. אני בכל מקרה לא מפעיל את כולן. לא מפעיל מכון פיזיותרפיה בחירום. צריך שידרשו ממני את דרישות המיגון בחלק מהמרפאות בלבד.
רונית: מה לגבי שילוב בין הקפות
רונן: בשעת חירום אנו נותנים לכולם.
במנהלת כרמל המצאתי תקן חדש – רכזת התיישבות מחוזית והיא איש הקשר של המחוז מול הישובים

רונית: האם אתה רואה צורך בבי"ח לילדים?

רונן: אנו צפויים לקבל פרויקטים של שניידר לרפואת ילדים בקהילה, לא רואה מקום לעוד בית חולים יש מספיק מיטות. יש לנו מרכז בריאות ילד, יש בו כמה רופאים שעובדים בפול ברפואת ילדים ואת כל תתי ההתמחויות. עם שניידר נביא את המומחים שלהם אלינו.

בנצרת יש 3 בתי חולים מצוינים, פתחנו שם את מגדלי נצרת שם ריכזנו את כל המרפאות והרפואה היועצת שלנו, כי לא היתה לנו תשתית במרפאות. נגיש לכל הסביבה, עשינו מכרז בין בתי החולים בית החולים האנגלי נותן סוג אחד של שירותים והעמק סוג אחר.

רונית: האם מרפאות יכולות להיות בקומה הראשונה של מגדלי מגורים

רונן: בודאי כל עוד יש חניה ונגישות. יש בעיה קשה של תבע, מיגונים ושימושים, אין מקום למשל ברכסים אין מקום ואז זה בבית פרטי והיה צריך לעשות שינוי תבע וזה עלה הון עתק שבעל הבית לא מוכן לשלם ואנו צריכים.

אלון: המחוז מיישם את התפישה שצריך רפואה חזקה בקהילה. כל מה שניתן לעשות בקהילה שיהיה בקהילה ורק מה שנדרש שיגיע לבית חולים. אנחנו כמו בית חולים ללא מיטות אשפוז. יש כמעט את כל המקצועות שברפואה. חדרי ניתוח, מיון.

הדיגיטלי יוכל להחליף כרבע מכלל מפגשים

רונן: אנחנו מנסים להוציא מפה דברים שלא חייבים להיות פה כמו פיזיותרפיה, כרגע אין לי כסף לבנות פה משהו אחר. כרגע יחידות מחולקות פה על שתיים וחצי קומות.

14.9.2020 - פורום בריאות הציבור של הר"י

מקום: זום

משתתפים:

ציפי ברוק – רכזת ארגון רופאי בריאות הציבור הר"י; פרופ' נתי קלר – מנהל מיקרוביולוגיה קלינית תל השומר, יו"ר לשעבר איגוד מחלות זיהומיות; פרופ' טד טולצינסקי – משרד הבריאות בי"ס לבריאות הציבור אונ' העברית לשעבר, בין מייסדי החוג לבריאות הציבור במכללת אשקלון; פרופ' רחל דנקנר - מומחית בריאות ציבור מכון גרטנר, מנהלת מכון מחקר ופתוח של רעות בי"ח שיקומי ד"ר זיוה שטהל – לשכת בריאות דרום משרד הבריאות, אונ' בן גוריון ומכללת אשקלון; דורית אדלר – תחום התזונה נשיאת הפורום הישראלי לתזונה בת קיימא, המועצה הלאומית לקידום הבריאות; אילנה – האגודה לתכנון המשפחה, המועצה הלאומית לבריאות נשים; שירה כסליו – מנכ"ל המיזם למיגור העישון, לשעבר סמנכ"ל מחקר ופיתוח בטרם; אורי לרנר – מנהל מקצועי עמותת מדעת; בישארה בישארת – יו"ר החברה לקידום הבריאות באוכלוסייה הערבית בהר"י, לשעבר בי"ח הסקוטי בנצרת

ליטל גרוסמן – מנהלת מח' מדיניות בריאות עמותת רופאים לזכויות אדם.

צוות תמ"א 49: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, עופר מנחם, אביב אלחסיד, אורית נבו, חן הררי

זיווה שטהל – האם כולל מרכזי בריאות משפחה טיפות חלב וכד? האם לוקח בחשבון צמצום פערים? חשיבות הנגישות לתחבורה.

ליטל גרוסמן אורן – האם יהיה מענה מותאם לפריפריה הצפונית והדרומית? למשל איגום משאבים ושתפ בין קופות החולים, בדומה למה שמקדמים בקואליציה כאזורי עדיפות לאומית מבחינת נגישת לשירותי בריאות. התכנית הזו היא הזדמנות חד פעמית לתכנון מערכת הבריאות וחשיבה כיצד היא צריכה להראות, בדגש על הפריפריה.

ד"ר בישארה בישארת – אנו רואה שמבחינת מספר מיטות התכנית מציעה תיקון למצב הצפון לעומת מרכז הארץ לפי מספר מיטות לנפש. יש תכנון טוב של בתי החולים. אבל מה עם הקהילה? מספר רופאים לרפואת המשפחה לאלף נפש? כיום אין מומחים לרפואת המשפחה, אם מתכננים לטווח ארוך צריך לדבר על זה, זה יעזור למערכת האשפוז, רופא משפחה לא מומחה מפנה פני 2 לאשפוז ופי 2 וחצי לרפואה יועצת.

אם כבר בונים מרכזים רפואיים גדולים צריך לחשוב על מרכזי בריאות שיטפלו רק בקידום הבריאות לא שיעשו ניתוחים. בוואדי ערה , בכפר קרא, יש מיזם שאנו עובדים עם בית ספר יהודי ערבי .

90% מהעבודה שיקום חולי לב, מניעת סוכרת, בריאות הילד, באוכלוסייה הערבית אין שיקום חולי לב הם נשארים כנכים (ליטל -זה נכון גם בנגב).

עם הקורונה כשיש מצב חירום אנו רואים שהראשונים שלא עומדים בעומס הם בתי חולים בצפון כי יש חוסר. נהריה זה הראשון. צורך בהוספת מיטות בצפון. בתפוסת מיטות אנו מהגבוהים בעולם וצריך להתעקש על הנקודה הזו.

עדנה לרמן – נשמח לקבל את הפרוגרמה של איתמר שליט לגבי מרכזי בריאות

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

ד"ר נתי קלר – כיום אנו עומדים בחוסר קיצוני של כוח אדם רפואי, פארה-רפואי, סיעודי, הרופאים בישראל מאוד מבוגרים, אין הערכות למקצועות הרפואה החדשים – התכנית צריכה לקחת בחשבון את תוכניות ההתמחות של רופאים.

קריות בריאות - בתל השומר תקום קריית בריאות כמו שאתם מתארים הרבה לפני שיקומו הקריות שאתם מתארים בצפון ובדרום כי שם יש כסף.

רחל דנקנר – כל מיטה שמוסיפים צריכה רופאים, אחיות, כוח עזר, וכבר היום בתי הספר לרפואה הם באי ספיקה, אם התחזית שהאוכלוסייה תגדל 1.5 ואוכלוסיית הקשישים פי 3 התוכנית צריכה לכלול חשיבה על הוספה של בית ספר לרפואה, בתי ספר לאחיות צריך לתקצב את זה.

הזדקנות האוכלוסייה – אם תוחלת החיים הלכה ועלתה עד כה דרמטית, כיום צועדים להזדקנות בריאה ויכול להיות שהפרופיל של הזקנה ישתנה, אנשים יגיעו לזקנה יותר בריאים, צריך להביא בחשבון את הקהילה ותמיכה לא רק בריאותית אלא יותר חברתית, נפשית ותרבותית.

זו הפעם הראשונה שבישראל מנסים להיערך בתחום עם הפנים קדימה ולהדביק את ההתפתחויות

.

דורית אדלר – כדאי להשתמש במה שקורה במשבר הקורונה כשמסתכלים לעוד 30 שנה. לגבי צפי של הזדקנות בריאה, זה לא יקרה אם מערכת המזון תשאר כפי שהיא. עיקר התחלואה והתמותה היא תולדה של מערכת מזון חולה והרגלי תזונה מבוססי מזון מזיק. אם זה לא ישתנה תצטרכו להוסיף על הצפי. הקשישים של היום אכלו בצעירותם מזון בריא, יתכן והילדים שלי יחיו פחות ממני. התוכנית צריכה לכלול את מערכת המזון בבתי החולים . איך מנהלים את שרשרת אספקת המזון בבית החולים. צריך מעבדות תזונה בכל בית חולים . בעולם מגדלים מזון על גגות של בתי חולים.

חובה מרכזים לחינוך בריאות, אם רוצים להקטין אשפוזים צריך להוסיף דיאטנים בכל הרמות של הבריאות באוכלוסייה.

אסור בצפי שלכם לעלות על תפוסה של 80% כי יגיעו משברי אקלים ובריאות והם גם עלולים לחפוף.

צריך לבוא עם התוכנית הזו לוועדת הקורונה.

טד טולקינסקי – תומך בדברי דורית.

אורי לרנר – האם נלקח בחשבון בניה ירוקה? בניינים מאוזני אנרגיה - כמובן שגם טוב יותר בריאותית.

16.9.2020 - פורום מנהלי בתי חולים, הר"י

מקום: זום

משתתפים:

מיקי הלברטל – מנהל בי"ח רמב"ם; מיקי דודקוביץ' – מנהל בי"ח הלל יפה; אוהד הוכמן – מנהל בי"ח בני ציון; הגר מזרחי – מנהלת בי"ח פוריה; מסעד ברהום – מנהל בי"ח גליל נהריה; יניב שרר – מנהל בי"ח ברזילי; ארנון אפק – משנה למנהל בי"ח שיבא; ענת אנגל – מנהלת בי"ח וולפסון; איריס קלריס – סגנית מנהלת בי"ח וולפסון; קרן הולצמן – סגנית מנהלת בי"ח וולפסון

צוות תכנון תמ"א 49: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, עופר מנחם, אביב אלחסיד, אורית נבו, חן הררי

מיקי הלברטל – העבודה והדיון קריטיים. ישנה חשיבות רבה להסתכלות קדימה ותכנון של מערכת הבריאות בעתיד.

מערך הרפואה העתידי: דגש על רפואה בקהילה.

כאשר מסתכלים קדימה במערכת הבריאות בישראל ניתן וצריך לציין את הנקודות הבאות:

- מה הצרכים הרפואיים העתידיים במדינה?
- פריפריה וסוג בתי החולים הנחוצים בפריפריה. אין בישראל ראייה מערכתית לפריסת בתי החולים השונים (בי"ח על, בי"ח אזורי, בי"ח פריפריאלי).
- תכנון וחשיבה על צורת ניהול מערכת הבריאות – ביזור אל מול ריכוזיות.
- פערים בשירות בריאות בין המחוזות השונים.
- גודל בי"ח אופטימלי – כיום מערכת הבריאות בישראל מתקדמת אל בתי חולים גדולים מאוד.
- אשכולות רפואיים – מודל אשר קיים במדינות רבות בעולם.
- בתי החולים בעתיד – בתי החולים העתידיים יטפלו בחולים מורכבים הרבה יותר וכפי שניתן ללמוד מהשנים האחרונות, בעיות רפואיות חדשות יתפתחו. צריך לחשוב כיצד להיערך למתן טיפול נמרץ.

ארנון אפק – הנושאים אשר הוצגו על ידי צוות התכנון נכונים מאוד.

ניתן לראות עד כמה קשה לתכנן ולהקים בי"ח חדש בישראל לפי הדוגמה של ביה"ח החדש בנגב. כל הגורמים מודעים לחשיבות בהקמתו וישנה הסכמה רחבה על כך אך עדיין מתקשים מאוד להקימו.

ארנון מציע לצרף לצוות נציג מבית חולים אשר יעזור לכוון את צוות התכנון.

מציין שכיום תפוסת מיטות האשפוז בישראל מתקרבת ל- 110%.

כמו כן ישמח לשתף פעולה עם עבודת הצוות.

מיקי דודקביץ' – רצף טיפולי – חייב להיות ממשק טוב הרבה יותר בין בתי החולים והקהילה. מרבית הרופאים והטיפולים מתקבלים בקהילה.

ענת אנגל – מודה על העבודה הטובה ומציינת את החשיבות שבתכנון מערכת הבריאות.
מערכת הבריאות עוברת שינויים רבים בכל העולם.
לדעתה מערכת הבריאות העתידית לא תהיה בהכרח מבוססת סביב "מבנים" ובתי חולים כפי שאנו מכירים אותם כיום. השירות הבריאותי יוכל להינתן בעזרת טכנולוגיות משוכללות, אך לא ניתן לדעת בדיוק איך היא תיראה.
מדגישה את עיקרון הרצף הטיפולי ואת החשיבות בשת"פ בין בתי החולים לקהילה.
תשמח לשתף פעולה עם צוות תכנון תמ"א 49.
הגר מזרחי – מסכימה עם הנקודות שהועלו עד כה.
מדגישה אף היא את החשיבות בשיתוף הפעולה עם קופות החולים ובמיוחד בנושא אשפוז ביתי.

אוהד הוכמן – גם הוא מסכים עם הנקודות שעלו מפי חברי הפורום.
ישמח לקבל את החומרים שהוצגו על מנת להתייחס בצורה מעמיקה יותר.
כיצד יראה ביה"ח העתידי? קיימים מודלים מתקדמים (למשל בהולנד) אשר מאתגרים את התפיסות הקיימות. ניתן ללמוד ממודלים אלו.

נדב דוידוביץ' – צוות התכנון ערך סיור בתחילת הדרך. אחד המודלים שנראו במילאנו איטליה בבית החולים של HUMANITAS אשר מאפשר חדרי ניתוח לפי צורך ומאוד אלסטי לצרכי בית החולים. המודל נלמד בצוות.

מיקי הלברטל – נקודות מרכזיות:

- איכות השירות בבית החולים – כיום כבר לא מקובל לתכנן חדרי אשפוז ליותר מ-2 מאושפזים.
- כלכלת בריאות – האם ישראל תמשיך להתבסס על רפואה סוציאליסטית או ישתנה?
- 4 קופות החולים הקיימות בישראל מאפשרות שירות רפואי בקהילה אך השוני ביניהם גורמים להבדל באיכות השירות בין האזרחים.
- בי"ח עתידי לא יהיה רלוונטי בלי מחקר / מערך חדשנות. בי"ח שלא יעסוק בנושאי מחקר לא יהיה רלוונטי.

13.9.2020 - ישיבה עם צוות תכנון של משה כהן

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: משה רונן

צוות תכנון משה כהן: משה כהן, אמיר קולקר, שרון כהן, עילם טייכר

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, עופר מנחם, חן הררי

צוות תכנון משה כהן:

- **אזור חיפה והצפון** – צוות משה כהן מתכנן באזור זה את בתי החולים – פוריה, זיו וביה"ח גריאטרי בכרמיאל.
- **בי"ח זיו** – שטח ביה"ח 237 דונם. היקף בנוי כעת הינו 62,000 מ"ר. תכנית הפיתוח של צוות התכנון של משה כהן אינו מוסיף שטחים לביה"ח אך מגדיל משמעותית את היקף הבניה ל- 170,000 מ"ר. כמו כן התכנון הוא להגדיל את מספר מיטות האשפוז הכלליות בביה"ח ל- 700 עד שנת 2045. בהמשך תכנון ניתן יהיה להגדיל את מספר מיטות האשפוז ל- 1,000. אמנם ביה"ח נמצא על קרקע מדרונית תלולה אך ניתן לבנות על כל השטח.
- **ביה"ח זיו** נמצא בתהליך של פיתוח מרכז מוח – שילוב של נוירוכירורגיה ובריאות הנפש – אשר יהפוך את ביה"ח למומחה בתחום.
- **ביה"ח אסף הרופא** – קיבל תוספת של שטח – 150 דונם ובסה"כ כ- 450 דונם. הבניה בביה"ח יכולה להגיע עד 1.1 מיליון מ"ר. התכנון הוא לכ- 1,600 מיטות אשפוז סה"כ.
- **אסף הרופא** – כנראה שיושגו הקלות בהגבלות הנחיתה על בניינים ויתאפשר למנחת על גג בית החולים.
- **בי"ח פוריה** – קיבל תוספת שטח של 70 דונם ובסה"כ: 224 דונם עם 264,000 מ"ר בנוי. התכנון הוא להגדיל את מספר מיטות האשפוז הכלליות מ- 320 ל- 800.
- **הבעיה המרכזית שמציג צוות התכנון של משה כהן** – כיצד מנצלים (משרד הבראיות ובתי החולים) את הקרקע באופן מיטבי. אופק הראיה של בתי החולים הוא ל"מחר בבוקר". התקציבים הקיימים בבתי החולים מאפשרים פתרונות אד- הוק מה שמוביל בסופו של דבר לניצול לא יעל של הקרקע.
- **בי"ח עתידי בבית שמש** – ישנה עבודה תכנונית ורעיונית על הקמת בי"ח חדש בבית שמש. התכנון מדבר על ניצול יעיל של הקרקע ומתכנן בניה לגובה.

29.9.2020 - רשת ערים בריאות

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:
מילכה דונחין – יו"ר רשת ערים בריאות; דרורה מלוביצקי – רכזת פרויקטים רשת ערים בריאות; רולא חיטיב – מקדמת בריאות נפת נצרת משרד הבריאות; מירי רימון – מתאמת בריאות באשקלון, מפעילה תכניות קידום בריאות בבתי ספר ; מירי רייס – מתאמת בריאות ירושלים, מתמקדת בתכנון עירוני בריא; מיכל דוידוביץ' – דיאטנית ישובית ומתאמת בריאות מבשרת ציון; שולי ברס – מחלקה לקידום בריאות משרד הבריאות; תחיה קרבטרי – רכזת מנהלית של רשת ערים בריאות; שירלי רחמיאל – דיאטנית, אגף לתזונה, מרכזת תחום תזונת נוער ותחום גינות קהילתיות ; אחלאם חמיס - מקדמת בריאות, לשכת בריאות מחוז חיפה; אורלי גיירו – מתאמת בריאות יבנה; רונה פוירינג – רכזת בריאות מועצה אזורית בני שמעון; אילנה שמלה-ללום - רכזת מקצועית רשת ערים בריאות לשעבר מנהלת מחלקת בריאות אשדוד; שרון ג'ורג'י – מנהלת מחלקת קידום בריאות וחוסן עירוני כפר סבא; אתי אביר – מקדמת בריאות בגן יבנה ; פאתן רטאס – מנהל פעילות האגודה למלחמה בסרטן בחברה הערבית ; איב אופל – מתאם בריאות נתניה ; יערה בן הראש – מקדמת בריאות מועצה אזורית גזר; שוש גן נוי – קידום בריאות, שירותי בריאות כללית; סאמיה סעד – מתאמת בריאות מעיאר; תמר לרר – מקדמת בריאות בני ברק ; שחר לב ארי – ביה"ס לבריאות הציבור אוני' ת"א; מיכל אלימלך – מקדמת בריאות מודיעין-מכבים-רעות; רגדה ברכאת – אגף תזונה משרד הבריאות; סמדר אלינסון – מקדמת בריאות מכבי שירותי בריאות; רונית אנדולט – מנהלת אגף התזונה במשרד הבריאות; עליזה אבנעים – מתאמת בריאות מעלה אדומים; מיכל נאור – מתאמת בריאות מועצה אזורית גולן ; כוכי נדב – מתאמת בריאות ראשל"צ; אוריאנה נגר - מתאמת בריאות רעננה; מורן בלייכפלד – אגף התזונה משרד הבריאות; רוחמה פרנקל – דיאטנית, לשעבר, מתאמת בריאות בני ברק ; ברוך שטל

צוות תכנון תמ"א 49: פרופ' נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, אביב אלחסיד, אורית נבו, חן הררי

מילכה דונחין – לנו יש יותר מה לומר בכל הקשור למרפאות ולמרכזים קהילתיים מתכללים – נשמח להרחיב בנושא הזה

נדב דוידוביץ' – כתבנו מסמך שלם בנושא ונשמח להציג אותו במפגש נפרד.

שרון ג'ורג'י – זו החשיפה הראשונה שלי לחלק התכנוני של מערכת הבריאות. בעיניי כל החלק של תכנון עירוני ובריאות צריך להיות הרבה יותר מכוון לקידום בריאות, איך מקדמים במרחב הציבורי בריאות. אנו נמצאים חזק בכל התכנון שקשור לקיימות, בכל מה שקשור לבריאות אנו צריכים ללמוד.

אילנה שמלה-ללום - בעבר הייתי מנהלת מחלקת בריאות בע. אשדוד וליוויתי את תהליך הקמת בית החולים. כרשות מקומית לא היתה לנו השפעה על מספר המיטות בבי"ח החדש באשדוד, כן היו לנו שת"פים, תוכניות עבודה ומעגלי שיתוף בכל הקשור בהכרת המטופל, יצירת המשך טיפולי, הנקודה החשובה היא קשר משולש בין בי"ח, רשות מקומית וביטוח לאומי. עסקתי בכל הנושא של הקצאת קרקעות לקופות החולים והרחבת השירותים הבריאותיים בקהילה. האמנה מ-73 בין

העיריות למשרד הבריאות בנושא טיפות חלב חייבת להיפתח מחדש זה מנותק לחלוטין מהמציאות העכשווית והצרכים.

סמדר אלינסון – בכל הקשור לשירותי בריאות בקהילה יש מקום לשתף את קופות החולים.

רונה פויירינג – צריך להשתחרר מהתפיסה של בי"ח=עיר, בי"ח לא חייב להיות חלק ממרחב עירוני אלא יכול להיות גם חלק ממועצה אזורית או צבר של ישובים קהילתיים גדולים, התפישה של "בוא נחפש את העיר הגדולה הבאה להקים בי"ח" היא בעיתית מבחינת שיוויוניות. יש "מרפאות כפר" יש פערים עצומים בשירותי הבריאות הבסיסיים שאנשים מקבלים, אני כתושבת ישוב כפרי לא יכולה לקבל מהקופה שלי תרופות הביתה גם לא בתשלום, התיקים הרפואיים של תושב מרחב כפרי שונה מזה של תושב עיר, תקני כוח אדם, כל זה משאיר את המרחב הכפרי מאחור. צריך לחשוב על תווך – מרכז שנותן שירותים רפואיים והוא לא בית חולים גדול. מרפאת מומחים עם פרוצדורות של אשפוז יום, שיהיה לא בתוך באר שבע אלא במקומות אחרים באזור. לא לעשות עוד מאותו דבר.

שירלי רחמיאל – אגף התזונה עם משרד החקלאות התחלנו לעשות תכנית להקמת גינה קהילתית בבי"ח פסיכיאטרים, לא רק לדיירים אלא גם לצוות ולבני המשפחות המבקרים. אנשים שוהים שם תקופה ארוכה יחסית. אם אפשר בכל בתי החולים להקצות שטח קטן לגינה קהילתית שיאפשר לא רק צמחי תבלין אלא גם ירקות, זה תורם לביטחון תזונתי, זה תורם לעבודה פיזית ולהפגת מתחים, זה עומד בכל יעדי משרד הבריאות. אשמח לסייע.

דרורה מלוביצקי - אם המטרה היא להעביר כמה שיותר לתוך הקהילה אז צריך להקים צוות בסיסי שישלב את הקהילה ובית החולים ולהגדיר מה צפוי לצאת לקהילה, שני הצדדים: בית החולים והקהילה צריכים להגדיר צרכים ורצונות, ואז לעבור לצד הטכני: מי השותפים, קופת חולים, טיפות חלב, מה עושה מי וכד. הקצאת השטחים זה השלב השני לא הראשון.

מירי רייס – בירושלים בורכנו בהרבה מוסדות בריאות, עדיין יש לנו פערים באוכלוסייה החרדית ובחירום. לדעתי יש מקום שהתכנית תיעזר בצוותים על בסיס אזוריים, לכל אזור יש את הייחוד שלו, ירושלים לא דומה לעיר אחרת, יש ייחודיות. האם בי"ח זה קמפוס אחד גדול או יחידות? ככל שאפשרי זה נכון לפרק את המפלצת הזאת. בהיבטים של אכ"ס ומפגעים מתייחסים לבי"ח במוסדות התכנון כאל מפעל עם פליטות ועם חמ"ס, שכדאי להרחיק ממרקמים בנויים, מצד שני ככל שאפשר לקרב את שירותי הרפואה זה טוב יותר, זה הקונפליקט המובנה. צריך לשאול איך המוסד שבונים משתלב במרקם העירוני הבנוי? זה תופס מקום נרחב בעיר או במועצה המקומית, צריך לראות איך הוא מספק אפשרות לאורח חיים בריא. למשל איך הדסה הר הצופים או איכילוב מאפשרים רצף של מסלולי הליכה? אולי חדר כושר פתוח? גינות קהילתיות, איך בית חולים לא מספק עוד קניון אלא מספק עירוניות תוססת.

שוש גן נוי - ניצול בתי חולים להפקת אנרגיה ירוקה. יש את זה בהעמק בעפולה, וכל נושא הקיימות, למשל פינוי האשפה הרעילה. בכללית יש כבר כיום רצף בין בי"ח לקהילה.

מיכל נאור – בגולן אנו נוסעים 35 דק עד שעה רק להגיע לפוריה, חסרות מרפאות מומחים אזוריות, זה צריך להיות בשיתוף עם הקופות. להביא את מרפאת המומחים למועצות האזוריות. אנו ניסינו לקדם ולא הצלחנו בגלל מערכת היחסים בתוך הקופות ובינהן לבתי החולים. המרפאות שמקימים, שתהיינה מרפאות ירוקות. הקהילה תתחזק וגם תהנה מזה. אנו עוסקים כיום בהרחבת השירות: עוד רופא אחד ועוד אחד, במקום לתת את הדעת למרכז מומחים.

מילכה דונחין – יש צרכים אחרים למועצות מאשר לערים אולי צריך קבוצות לא רק על בסיס אזורי אלא גם על בסיס מבני של סוג המועצה.

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

נדב דוידוביץ' – נחשוב ביחד איך לעשות מפגשים נוספים יותר ממוקדים גם גיאוגרפית וגם מבנית.

דרורה מלוביצקי – יש הבדל בין עיר שיש לה בי"ח ועיר שאין לה בי"ח. הקהילה צריכה להיות חלק מהדינמיקה של איך זה נבנה, איזה סוג מבנה, מה השטח. בפריפריה צריך לשלב כוחות בין קופות החולים אם יש רק רופא מומחה אחד שיעמוד לרשות כולם.

עאלם חאמיס – בחיפה יש 3 בתי חולים 2 מהם בהתפתחות תמידית וכעת מדברים על עוד בית חולים בקריות, צריך להביא בחשבון את כל הבעיות שיש באזור הקריות והצק פוסט.

ברוך שטל – האם התוכנית מביאה בחשבון תיירות מרפא?

נדב דוידוביץ' – לא

שולי ברס - השיתוף מאוד חשוב, חושבת שעבודה עם רשת ערים בריאות ועם המחלקה שלנו יכולה לקדם את הדברים. למשל התייחסות לאוכלוסיות מיוחדות, רשת מקדמי הבריאות יכולה להציף את זה

שרון ג'ורג'י – גם אנו צריכים להיות בדיון כזה, לראות שיש לנו קול בתכנון כרגע אין לנו קול.

רגדה ברכאת – באוכלוסייה הערבית העלות בהגעה לבית חולים או אפילו למרפאות חוץ היא יותר גבוהה, זה עולה בימי עבודה של בני משפחה של החולה, צריך הנגשה תרבותית של השירות לאוכלוסייה, יש חסם גדול, הנגשה לפזורה, למזרח ירושלים. אפילו סכרת נעורים. אנו רואים שיש חסם, שאין מספיק שירות שמגיע לאוכלוסייה, אם המרפאות יהיו בקהילה, יהיו זרועות בקהילה, העברת חלק מהשירות למרפאות או לקופות החולים יכול להיות חלק מהפתרון.

21.10.20 - המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכת הבריאות

מקום: מקוונת

השתתפו:
יו"ר - ד"ר בני דוידזון, גב' נעמי אסולין, מר אבי בוסקילה, גב' לאה בוצר, ד"ר ארז בירנבוים, מר אבי בן זקן, ד"ר אילן זלינגר, ד"ר חנן טל, מר עופר לוי, מר גדי כהן, גב' אורית לב, מר טל ניקחו, ד"ר זאב סנדר, מר רוני צדוק, מר אלי צימלס, גב' רינה שימונוב, מר חמי שמיר, מר דוד רונאל, מר שמואל רזניקוביץ', ד"ר זיו רוזנבוים, ד"ר מיכאל הלברטל, ד"ר רם שגיא.

צוות תמ"א 49: פרופ' נדב דוידוביץ', מר חן הררי, מר ברוך לוי, מר עופר מנחם, מר איציק מרום, גב' אורית נבו, ד"ר עדי ניב יגודה, מתכננת תמר סתיו.

<u>מר בן זקן</u> - תמ"א 49 זו בעצם תכנית מתאר ארצית 49. מספר סידורי שהעניקה המועצה הארצית לתכנון ובניה. תכנית מתארית ניתנת לתשתיות שמעורבות לא מעט רשויות. בסוף 2019 פנה משרד הבריאות למועצה שאישרה תכנית אב למערכת הבריאות במדינת ישראל.
יש לתוכנית טעם של להגיד לאן רוצים ללכת ויש טעם סטטוטורי שיודע לשריין ולהחזיק שטחים לטובת מערכת הבריאות לשנים הקרובות. אני מקווה שהתוכנית תסתיים בתוך שנה. אבל שנת היעד הוא עד 2048 זו ההסתכלות רחוקת הטווח של התוכנית. בחרנו 2048 כשנת המאה של המדינה. מטרת התוכנית - לתת איזון ארוך טווח מבוסס יעדים (עתידיים וקיימים) להתפתחות מערכת הבריאות. זה יאפשר התפתחות של בתי החולים והמוסדות הקיימים. בנוסף אנחנו עוסקים בנושא הקהילה וקובעים כללים.
מוצר שאדריכלית לרמן הובילה עם הצוות שלה וישמש כדי לקבוע כללים להתפתחות מערכת בריאות קהילתית. נבחר במכרז צוות בראשות אדריכלית לרמן ופרופ' דוידוביץ' ומכינים תכנית. עוברים מוסד-מוסד בבתי החולים, בקהילה, טיפות חלב, לומדים דרך הרגליים את כל מערכת הבריאות בארץ ובעולם ומכינים עבודה מאוד רצינית שתהיה הפלטפורמה לפיתוח מערכת הבריאות בשנים הקרובות.
<u>פרופ' דוידוביץ'</u> - נציג היום את העקרונות וזו רק התחלת הדיאלוג, זו תכנית עצומה.
הרעיון הוא לבנות צוות מומחים שיש לו ראיה כוללת ורב תחומית. התהליך הוא אינטגרטיבי, המטרה היא להתייעץ עם כמה שיותר גורמים ובעלי ענין. יש את צוות התכנון רפואי אסטרטגי, פרוגרמתי, סטטוטורי, שיתוף ציבור. צוות מומחים חיצוני. העבודה היא עבור משרד הבריאות. שלב א' אושר והוגש, של למידת הדברים.
שלב ב' לקראת אישור המדיניות ועכשיו אנו בחלק של בחינת חלופות. משרד לרמן היה שותף לכתיבת תכניות מתאר. התוכנית היא תכנית מתאר ארצית, בסוף זו תכנית סטטוטורית של ממשלת ישראל עם כל הגופים הרלוונטיים. אנחנו מתחילים מתוך תפיסות עקרוניות של משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תפיסה של בריאות כזכות, חיזוק מערכת הרפואה הציבורית, קידום בריאות, חיזוק התקדמות מערכת הבריאות, כל נושא האתגרים-גידול האוכלוסייה, הזדקנות, טכנולוגיה. נושאים של שקיפות.

חשיבה על בית חולים בתפיסה אחרת, על קריה רפואית המשלבת בתוכה היבטים של הכשרה ושל מחקר כמשהו שמשפיע על המרחב, שמתחבר גם להיבטים של תחבורה, תעסוקה.
ישנם כמה וכמה מנועים מובילים. גידול האוכלוסייה. ב-2048 לפי התחזיות אוכלוסיית מדינת ישראל תהיה בין 15-17 מיליון בני אדם. אין מדינה ב-OECD ששיעור הגידול שלה כל-כך גדול וזה אומר שאי אפשר כל הזמן ללכת קדימה וזה מה שקורה בהמון תחומים כולל במערכת החינוך וכמובן שזה גם הזדקנות האוכלוסייה.
הנושאים הטכנולוגיים הם מרכזיים. שמירה על רצף טיפולי, איך לעשות את התפלגות השירותים. אנחנו מתקפים את הדברים מול בעלי התפקידים השונים, נפגשים עם כל ראשי האגפים, וכמובן שישנם גם היבטים תקציביים. היבטים של צמצום פערים. נושא כוח אדם, היבטים ניהוליים.
קיימנו דיון מרתק על גודל בית חולים ואין תשובה אחת. נושא הפריסה הוא קריטי. מדיניות הפיתוח, רואים את כל השיקולים החברתיים. כוח אדם, פריסה, רצף טיפולי וכו'.
הממשלה רוצה להעביר ביקושים מהמרכז לפריפריה. מדברים על עליה בתחלואה. מדברים על שינויים טכנולוגיים, גם על אפשרות למעבר לאשפוזי בית, אבל ברור שעם גידול אוכלוסייה של 9 מיליון ל-17 מיליון. נצטרך להכפיל בגדול את מספר המיטות. ישנם גם דברים אחרים כמו טלרפואה.
תוחלת החיים תעלה אבל יהיו לאנשים יותר מחלות. אנחנו מתבססים על התחזית הבינונית של הלמ"ס, זה גידול אוכלוסייה שבין 15-17 מיליון, עם פריסת אוכלוסייה על פי מנהל התכנון. היעדים ומגמות שלהם לפי תרחיש של מצב קיים, שזה אומר איך האוכלוסייה תתפזר בכל הארץ. ישנם פערים שונים.
לפי התייעצויות רבות עם מומחים עדיף לקחת את זה בצורה מוגבלת.
תפוסה בישראל זה אחד הדברים הקשים. מדברים עכשיו על קריסת מערכת הבריאות.
העקרונות שלנו- פיתוח מערך ארצי וגם הסתכלות מחוזית ולפעמים גם מעבר למחוזית.
פיתוח מערך שנותן מענה למגוון צרכי הבריאות. עובדים גם על תחום הגריאטריה. מדברים על רצף טיפולי. דברים שרואים גם עכשיו בתקופת הקורונה, למשל המקום של מרפאות החוץ.
הרחבת מוסדות קיימים, אפשר לראות את עתודות הקרקע, להתייחס לתוכניות הקיימות. השאלה של גודל בית חולים עם אפשרות הניהול שלו. מצד אחד שימור וחיזוק קיימים, לפעמים אפילו הסבה וגם הצגה של מה הציר בין ריכוז ופריסה רחבה.
השאלה של בתי חולים מרכזי על לעומת בתי חולים אזוריים. והחשיבה היא של אשכולות והסבה של דברים עם קמפוסים. אני מעורב בבאר שבע ובית החולים החדש, גם העיריה וגם האוניברסיטה, עובדים על חשיבה רחבה.
אפשר לראות את המיטות השונות ואת החלוקה שלהן, על פי תרחישים שונים של תחלואה גבוהה ונמוכה, מגמות מול יעדים. המעבר ההדרגתי לקהילה. יש גידול מאוד גדול במיטות האשפוז.
יש אפשרויות או להגדיל בתי חולים קיימים או להוסיף עוד בתי חולים.
אחת האפשרויות למקם בית חולים בקריית שמונה, אצבע הגליל שיהיו בתי חולים יותר אזוריים. במחוז צפון ובמחוז חיפה, היה שיח אל מול תכניות הפיתוח הקיימות של בתי החולים, מתוך הבנה וגם הוראה של מר אבי בן זקן ומשרד הבריאות, שלהפוך בתי חולים לענקיים זה דבר לא סביר וגם אין בו הרבה חזון. המטרה היא יותר שתעלו שאלות ונוכל לחזור אליכם.
<u>מר בן זקן</u> - מדובר בעבודה מאוד רצינית. שותפים כלל אנשי הבריאות בארץ עם מנהלי בתי החולים, מנהלי הקופות, גם פסיכיאטריה וגריאטריה. התוכנית מסתכלת על כלל מערכת הבריאות. נייר

הבסיס של התוכנית מתייחס גם למערך הבריאות בקהילה. אני מקווה שבתוך כשנה היא תושלם ותקבל תוקף של החלטת ממשלה. המטרה היא לעבוד מתוך תכנון. היום בכל עיר שגדלה רוצים להקים בית חולים וזה נעשה ללא תכנון סדור.

מטרת התוכנית להכניס תכנון סדור ושכלל המוסדות בישראל יעבדו לפיה וישבצו את אותן משבצות קרקע שהמערכת תוכל להתפתח במקומות שהיא נדרשת ולא רק במקומות בהם אפשר. תודה לכל הצוות.

ד"ר זלינגר - מברך על התוכנית, תכנון הוא חשוב ונחוץ. נוהגים להתייחס רק למספר המיטות בתור פרמטר, צריך להתייחס גם לסוג המיטות: מיטות טיפול נמרץ הן דבר חיוני שלצערנו לא קורה.

דבר שני - השיטה במערכת הבריאות בישראל שמוסיפים עוד קומה ומחסן הופכים ליחידה לטיפול בפג וכן הלאה, זו שיטה שיש לה גבול. אם כבר עושים תכנית כזאת, צריכים להגדיר שבשלב מסוים אי אפשר להגדיל את בתי החולים הכי גדולים, ובמקום זה יש להוסיף בתי חולים שהם יחידות נפרדות ולשם כך, הגדרת מספר המיטות שהוא ניתן לניהול הוא חשוב.

דבר שלישי, אתה מסתכל על מספר המיטות שקיימות במערכת. בקופת חולים יש שלושה סוגים של מיטות:

1. מיטות ברישיון- של משרד הבריאות. 2. של קופות החולים. 3. מיטות בפועל של בתי החולים.

כדאי לבסס את התוכנית על המיטות בפועל. אומרים שאותו המצב בבתי החולים הממשלתיים.

אני עוסק בתכנון תוספת מיטות לקופת חולים. אצלנו בערך בין שליש לחצי מהמיטות הוא כדי לגייר מיטות שלא קיימות ברישיון אבל קיימות בפועל בבתי החולים. באופן מעשי לא תתווסף אפילו מיטה אחת על נתח גדול מהמיטות האלה. אשמח לדבר אתך בנפרד בהמשך בנושא.

פרופ' דוידוביץ' - את הדבר השלישי אני מכיר. אלה הערות במקום ואשמח שנדבר.

ד"ר רוזנבוים - עבודה מאוד מקיפה וחשובה. הערה ובקשה. דובר שיעשה סבב פגישות עם מנהלי בתי החולים. טרם נפגשו עמי. הוצגה תכנית לגבי אזור הצפון. אני לא מכיר אותה, מאוד אשמח. לפני אישור הממשלה, התהליך הנכון זה להיפגש אתנו. לתת לנו את המספרים, לשמוע אותנו ולתת לנו אפשרות להשפיע. זה קריטי כדי שהתוכנית בסופו של דבר, תהיה גם נכונה אבל גם עם רגליים על הקרקע.

פרופ' דוידוביץ' - אתה צודק. בוודאי שהכי אשמח גם לבקר פיזית אם אפשר. אנחנו עדיין במהלך. עשינו מפגש בצפון, אצל ד"ר זרקא, בבי"ח זיו. ניפגש אתך, אנחנו באמצע\שני שליש הדרך. הקורונה מאוד עיכבה אותנו.

מר רזניקוביץ - יישר כוח על העבודה המרשימה. מה אתם עושים כדי לוודא שבע"ה התוכנית המדהימה הזאת תצא לפועל. בנוסף, אירוע הקורונה מוכיח לנו שיש מעבר דרמטי מאשפוז בבית החולים לאשפוזי בית. המעבר ברגיעה ובחירום, הוא נושא שדנו בו בשבוע שעבר הצט"מ ואתמול בפורום אחר. מה שקורה בחודשים האחרונים, ילך ויתעצם וחובה עלינו לחשוב גם על נושא אשפוזי בית והקשר בינם לאשפוז בבתי החולים. אבל חשוב שיהיה קשר הדוק בין בתי החולים לאשפוזי בית.

פרופ' דוידוביץ' - קיימנו דיונים בנושא טיפולי ואשפוזי בית. מפגשים עם שחקנים שונים, צבר קופות ואחרים. השאלה של איזון נכון. מה יישאר בבית החולים ומה ילך לקהילה ואיך יהיה הרצף ביניהם. לגבי השאלה הראשונה - אנחנו עובדים צמוד עם מנהל התכנון, שזה יתרון גדול. אנחנו משתדלים לעשות את השיח והדיבור. האם הכל יתממש? זה לא פשוט.

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

<u>מר בן זקן</u> - כל השאלות שעלו פה ועולות לדיון אצלנו מצוינות והן חלק מהשיח. לשאלות על מימוש התוכניות אנחנו עושים גם תכניות אב לבתי חולים שזו השכבה היותר תחתונה של התוכנית. יש צעדים רבים.

מעבר לקורונה היינו ממש לפני פרסום מכרז בבית חולים בבאר שבע היה אישור של האוצר אני מקווה שזה ישוחרר עכשיו. גם בקריית אתא.

<u>גב' אסולין</u> - תכנית מצוינת. אנחנו בית חולים מזור, יושבים על שימוש חורג עד 2026. ראיתי בתוכניות התייחסות לגידול אוכלוסייה ולא נעשתה עבודה על הפסיכיאטריה. אני מבקשת שתיקחו בחשבון גם גידול פערים היסטוריים שקיימים בפריפריה, זו הזדמנות לתקן את הפערים והעוולות.

<u>ד"ר דוידזון</u> - נושא הדיון הוא שמדינת ישראל עושה תכנון רציני ארוך טווח, עד היום לא ראיתי תכנית ארוכת טווח בגודל הזה שיצאה לפועל. אני רק יכול לאחל לכולם הצלחה.

<u>מר מרום</u> - המשימה אדירה. המטרה למפות כל נקודה על פני מדינת ישראל. לבדוק מה הפערים היום ומה צריך בעתיד. הדבר הראשון זה צמצום פערים. יש פער עצום מנפה לנפה.

בנוסף, לתוכנית יש ערך אדיר- זה הופך להיות חוק במדינת ישראל שהרשויות חייבות להקצות קרקעות לפיתוח מוסדות רפואה בהתאם למפתחות שניתן להם. הן בקהילה והן בבתי חולים. העבודה מחייבת שיתוף פעולה של המון גורמים ואני בטוח שלמועצה יש גם תפקיד מרכזי, כולל מה הגודל האופטימלי של בית חולים והאם בתי חולים יכולים להיות בגדלים שונים, דבר שנראה על פניו נכון.

<u>ד"ר דוידזון</u> - תכנית גדולה מאוד ורצינית שאמורה לפתור את כל הבעיות של מערכת הבריאות הישראלית.

אני מחזק את ידכם. הלוואי שלפחות חלק מזה יקרה. הגוף שעוסק בזה, נראה לי ברובו תיאורטי. ממליץ לשלב בו אנשים עם ותק וניסיון בשטח. כמוני למשל, שמספיק שנים השתפשפנו בגופנו במערכת. חשוב להתייעץ בתכנון גם עם אנשים בעלי ניסיון מעשי במערכת הבריאות. למשל האגף לשעת חירום מכיר את כל בתי החולים מבחינת היכולות לפעול בחירום, חייבים להכניס אנשים שתפקידם יהיה להביא את הידע והניסיון.

11.10.2020 - פורום מומחים מאו"ז בן גוריון בנגב

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

פרופ' דן גרינברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה למדעי הבריאות ובפקולטה לניהול *באוניברסיטת בן גוריון* בנגב; פרופ' גבי בן נון – המחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה לניהול באוניברסיטת בן גוריון בנגב; פרופ' יוסף פליסקין – המחלקה להנדסת תעשיה וניהול והמחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב; פרופ' אבישי גולדברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות ובמחלקה לרפואת חירום, אוניברסיטת בן גוריון בנגב; ד"ר יובל ביטן – המחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב; ד"ר רועי ברנע – חוקר ראשי צוות מכון אסותא לחקר שירותי בריאות.

צוות תכנון תמ"א 49: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, ברוך לוי, לוטן קראון, תמי סתיו, חן הררי

גבי בן נון –

- גודל בי"ח אופטימלי – הטווח הראוי לבי"ח הינו בין 500-600 עד 1,000-1,100 מיטות אשפוז. מתחת או מעל למספר מיטות האשפוז הנ"ל, ביה"ח לרוב לא יהיה כלכלי ולא יעיל מבחינת תפקוד ביה"ח. [בתי החולים פוריה וצפת הם מבין בתי החולים המפסידים ביותר בארץ, בין היתר בגלל גודלם הקטן מדי].
- מיפוי בתי חולים והגדלתם ל- 500-600 מיטות אשפוז – יש למפות את כל בתי החולים הקיימים ולנסות להגדילם לכמות המינימום של כמות מיטות אשפוז 500-600.
- לדעתו הגדלת ביה"ח נהריה לכ- 1,000 מיטות אשפוז גבוהה מדי.
- חלופות תכנון – מציין כי תכנון והקמה של 1-2 בתי חולים באזור הצפון, יותר מכך אינו ריאלי.
- אשכול ניהול לבתי חולים – אינו בעד הרעיון שכן ניהול של כמות גדולה של בתי חולים יכולה להוביל לחוסר שליטה. החסרונות עולים על היתרונות.

עדנה לרמן – האם צריך בי"ח על נוסף במחוזות צפון וחיפה מעבר לבי"ח רמב"ם ולגעם?

גבי בן נון – אין צורך בעוד בי"ח על באזור.

התייחסותו לגבי הנחות התכנון של הצוות:

- תפוסת מיטות לתכנון של 80% ובחינה של- 85% - מצוינת.
- מעבר לקהילה בהדרגתיות עד 15% עד שנת 2050 – מצוינת.
- תחלואה – לא בהכרח מסכים עם הקביעה לעלייה בתחלואה – ישנם גורמים רבים כמו אמצעים טכנולוגיים אשר יכולים להוריד את הצורך במיטות אשפוז.

אבישי גולדברג – מסכים מאוד עם הנקודות שהעלה פרופ' גבי בן נון. מוסיף כי בתי חולים גדולים מדי (מעל 1,000 מיטות אשפוז) יכולים להוביל לבעיות ניהול. יש להגדיל עד כמה שניתן את בתי החולים הקיימים. לטענתו, חייבת להיות התייחסות (או עבודה מקבילה) של תכנון כוח אדם

והכשרתו, 50% מהרופאים היום מעל גיל 55 ובעוד כעשור כבר לא יהיו חלק מהסגל הרפואי הקיים. כמו כן, גם הוא מסכים עם הנחות התכנון של צוות התכנון.

עדנה לרמן – המטרה המרכזית של מזמיני העבודה (משרד הבריאות ומנהל התכנון במשרד הפנים) הוא שריון משבצות קרקע לטובת בתי החולים. הבטחת קרקעות אלו חשובים לנוכח הקושי במציאתם בעיקר בערים המרכזיות, גם אם אינן יוקמו במסגרת שנות התכנית, עד 2050.

יוסף פליסקין – האם כל בתי החולים הקיימים (גם אלו הקטנים מאוד) ימשיכו להתקיים על פי התכנית?

עדנה לרמן – חשוב להשאיר את בתי החולים והקרקעות במערכת. ישנו צורך גדול מאוד גם באשפוז הגריאטרי.

גבי בן נון – מציע לצוות לערוך נספח קצר לתכנית – הצורך בכמות כוח האדם אשר נדרש לתפעל את הקמת בתי החולים המוצעים בתכנית – על מנת לתת סדר גודל לתכנון כוח האדם במערכת.

בנוסף מצביע על חוסר ההיגיון בקיומם של שלושה בתי חולים קטנים בעיר נצרת. לטענתו ללא התרומות השונות לכל בית חולים הם לא יכלו להמשיך לפעול כך. אין זכות קיום לבתי חולים אלו בצורה הזו.

דן גרינברג – האם עזיבתו של אבי בן זקן תשפיע על המשך התכנית?

מסכים עם מרבית הנקודות שהועלו על ידי פרופ' גבי בן נון ופרופ' אבישי גולדברג אך אינו מסכים עם גודל מקסימלי של בית חולים. לדעתו אם ישנו ניהול נכון (למשל חלוקה לתתי בתי חולים כמו באיכילוב) ניתן להגדיל בתי חולים גם עד 1,800 מיטות אשפוז. לא צריך להיות שבוי בקונספט הקיים של גודל בי"ח.

גם הוא מציין שלא ניתן להתעלם מתכנון כוח האדם והכשרתו העתידית.

יש צורך בהיראכיה בין בתי החולים: בי"ח על ובתי חולים אזוריים בפריסה רחבה יותר.

בי"ח עתידי גלעם - למרות התכנון הקיים המייעד את ביה"ח להיות בי"ח על, לא בטוח שיש מקום לבי"ח על נוסף בקרבתו של רמב"ם.

נגישות – הנגישות התחבורתית השוטפת של מטופלים ומבקרים, בניגוד לזן בחירום (המוטסת ובאמבולנסים) חשובה מאוד.

יובל ביטון – פריסת אוכלוסייה – לדעתו כדאי להוסיף במיפוי בתי החולים בכל אזור ומחוז את הפריסה הקיימת והעתידית של האוכלוסייה על מנת שניתן יהיה לראות בצורה טובה יותר את הפריסה והנגישות של בתי החולים הקיימים והעתידיים.

התמחויות ומחלקות בבתי חולים – בחינת ההתמחויות בבתי החולים הקיימים בארץ תאפשר תמונה כוללת אשר יוכל לתרום בתכנון שאר המערכת וההתמחויות בבתי חולים עתידיים.

נדב דוידוביץ' – בתחילת הדרך צוות התכנון התחיל לערוך מיפוי שכזה אך כעת נראה כי אין הגיון בתכנון בתי חולים לפי מחלקות והתמחויות שכן התכנית מסתכלת עד שנת 2050 ואי אפשר לדעת את ההתפתחות הפנימית של בתי החולים.

רועי ברנע – גודל אופטימלי לבי"ח – לאור מחקר שערך עם צוות מומחים נראה כי ככל שבית החולים גדול יותר (מעל 1,100 מיטות אשפוז) כך יורדת שביעות הרצון של המטופלים.

בנוסף, נערך מחקר לגבי השפעתו של גודל ביה"ח על ההתמחות בבית החולים – כמה מהר מתמחה יסיים את התמחותו? כמה מיומן הוא יהיה שיסיים את ההתמחות? ישמח להעביר את העבודה שנעשית בנושא.

25.10.2020 - ישיבה בנושא מנחתים לבתי חולים

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

מנהל התכנון: רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, אסף אנטמן, סיגי בארי

משרד הבריאות: משה רונן

משרד הביטחון: אלון ישעיהו

חיל האויר: משה בר-גיל, דודי לוטאטי

רת"א: אור זקן עמית

צוות תכנון תמ"א 49: עדנה לרמן, תמי סתיו, רחל ברקן, חן הררי

מהלך הדיון:

הדיון נערך על מנת לבחון את סוגיית מנחתי המסוקים על גגות של בתי חולים, לא רק בהקשר של התמ"א.

אלון ישעיהו – סוגיית המנחתים רלוונטית ברמה המחוזית ובותמ"ל אשר מטפלות בתכניות התחדשות עירונית בסביבות של בתי חולים. התמ"א תידרש לסוגיה של אי מימוש או הכרח לבצע שינויים בתכניות אלו על מנת לשמר את המנחתים. חשוב להבדיל בין סוגי מנחתים וסוגי מסוקים. מסוקי יסעור יכולים להטיס כמות רבה יותר של חולים מאירועים רבי נפגעים גדולים וצריכים מנחת מתאים. הם לא יכולים לנחות על מרבית הגגות. מסוקי ינשוף שכן יכולים לנחות על גגות הם בעלי יכולת הובלה קטנה יותר.

משה ברגיל –מנחתים בבתי חולים נדרשים למישורי הגנה בהתאם לסוגי כלי הטיס שיכולים לנחות בהם. זה נדרש לשם בטיחות הטיסה, והם מוגדרים לפי אמות מידה מתואמים בין הצבא לתעופה אזרחית. למרבית המנחתים בבתי החולים אין תב"ע מעוגנת ולכן פעמים רבות תכניות סביב בית החולים (ולעיתים אף תכניות של בית החולים עצמו) לא תואמות למגבלות הביטחוניות של המנחת ולעיתים יכולות להוציא אותו מכלל שימוש

נדרש איזון נכון בין הצורך לפתח לצורך לשמר מנחתים שיכולים לקלוט מסוקים גדולים דוגמת היסעור והדגם שיחליף אותו שיהיה אף גדול יותר.

משה רונן – המנחתים חייבים להיות סטטוטוריים.

רונית מזר- אנחנו סברנו שנכון למקם מנחתים על גגות בתי החולים. כמו כן, נשאלת השאלה אם יש מקום למקם מנחת בכל בית חולים.

אלון ישעיהו- הרעיון הוא שהתמ"א תעגן את המנחתים בכלל מבחינה סטטוטורית. לעניין מנחתים על הגגות – חשוב להבין את המשמעות. ככל ולא יהיה ניתן להנחית יסעור, יהיה צורך במספר מסוקים קטנים יותר. יש לכך משמעויות בעת חירום. סוגיה נוספת היא המרחק של המנחת ממיון הטראומה. האידיאל הוא שהחולה יובל מפתח המסוק ישירות לחדר המיון ולא יידרש להסעה באמבולנס. אם המנחת הוא על הגג של המיון אז זה מקצר משמעותית את הדרך לשם לכן יש גם למנחתים אלו יתרונות, אפילו על מנחת שממוקם מעל החניון.

עדנה לרמן – בניה של מנחת על גג בית חולים הוא עניין יקר, צריך לערוך היראכיה בין בתי החולים: היכן חשוב שיהיה מנחת המתאים למסוקי יסעור והיכן מנחת למסוקים קטנים יותר. האם בכל בית חולים או לפי אזור?

רונית מזר – זו עבודה שמשרד הבריאות צריך לערוך. גם הסוגיה של נחיצות מנחת על הגג וגם על הקרקע בבתי חולים מסויימים זו סוגיה שעל משרד הבריאות לבדוק.

משה רונן – בשעת חירום גם לבתי חולים קטנים יש הכרח במנחתים. עם יכולת של נחיתת יסעורים. נדרשת יתירות למקרה שמנחת מושבת עקב מלחמה (למשל רמב"ם).

משה ברגיל – אולי ניתן שיהיה מנחת גזרתי.– לנחיתה על גג בניין יש השפעות סביבתיות רבות. היו מקרים שבהם עפו פיגומים ואריחים מבניינים בעקבות הנחיתה, לכן אם ניתן, צה"ל מעדיף מנחתים על הקרקע. כיום, רק באיכילוב יש מנחת על גג אשר מתאים למסוק יסעור. סבור שיש לעגן לא רק את המנחתים אלא גם את קונוס הנחיתה ואזורי המגבלות שלהם בתמ"א. על מנת שבינוי סביב בית החולים לא יוציא מכלל שימוש את המנחת.

משה רונן –נבדוק האם לאגף בשעת חירום יש תקנות ברורות בנושא.

בבית החולים הדסה עין כרם קיים ניסוי של נחיתת מסוק ינשוף על גג הבניין, יש מגדלים קרובים אשר מקשים על התעופה. מצד שני, יש יתרון גדול למנחת על גג בית חולים שכן הוא מאפשר קיצור זמן משמעותי של הבאת המטופל מהמסוק ישירות לטיפול בבית החולים. מנחת שממוקם מחוץ לבית החולים, אפילו במרחק של 2 ק"מ מאריך את זמן הפינוי באופן לא פרופורציונלי.

על משרד הבריאות לקבוע את עקרונות הפריסה של המנחתים: המתאימים ליסעורים או למסוקים יותר קטנים? האם לפי בית חולים/לפי גזרה?

אור זקן עמית – רת"א בדומה לחיל האוויר נותנת שירות.

1. יש שוני בין תקינה לרישיון אזרחי ורישיון צבאי. רישיון אזרחי צריך לעמוד בתקנות בינלאומיות נוקשות. ישנם בתי חולים שרק חיל האוויר נוחת שם.
2. כפי שצוין, לרוב המנחתים בבתי החולים אין הוראות המעוגנות בתב"ע. לנו כרגולטור לא תמיד ברור מי אמור להגיש את התכנית וגם לבתי החולים עצמם לא תמיד ברור.

משה ברגיל – סקירה של המנחתים הקיימים היום בבתי חולים:

- ברזילי – אין מנחת ניתן לשימוש. מנסים לקדם אישור.
- לניאדו – אין מנחת ניתן לשימוש עקב בינוי סמוך בטיילת
- בית חולים מאיר- המנחת מאפשר נחיתה ביום בלבד, כנראה יצא משימוש
- בילינסון – קיים מנחת אך הוא מסוכן מאוד לשימוש, התכניות מסביבו עלולות להוציא אותו משימוש.
- אסף הרופא – קיים מנחת אך התכניות סביב בית החולים עלולות לפגוע בתפקודו.
  משה רונן – ציין כי משרד הבריאות סימן מנחת חדש בבית החולים.
- הלל יפה – קיים מנחת. תכנית של בית החולים עלולה לסכן אותו.
- העמק – קיימות תכניות רבות סביב בית החולים אשר מאתגרות מאוד את כשירותו של המנחת.
- הדסה הר הצופים – קיים מנחת קרקע המותאם גם ליסעורים – אך הוא הולך להתבטל. יש תכנון של הקמת מנחת זמני אך הוא נמצא במקום צפוף.
- זיו – קיים מנחת קרקע והוא פועל באופן טוב.
- נהריה – קיים מנחת ויש לוודא שאכן יוכל להמשיך לתפקד בצורה תקינה.

- סורוקה – מנחת אסטרטגי. מנחת מסוכן ומאתגר מאוד בגלל חריגות בניה של הבית חולים.
- קפלן – יש בניה בתוך בית החולים אשר עלול לפגוע בתפקודו של המנחת.
- רמב"ם – מנחת אסטרטגי. מתוכנן גשר בסביבת המנחת אשר עלול לסכן את תפקודו.
- תל השומר – מנחת אסטרטגי. קיימות תכניות אשר עלולות לפגוע בתפקודו.

לרשות יש מידע לגבי כל המנחתים.

רונית מזר – תמ"א 49 לא תוכל לקבוע ברמה של הנחיות ארציות הוראות לכלל המנחתים – הן ייעשו במסגרת תכניות מפורטות. אך יש לחשוב מה ניתן לכלול במסגרת התמ"א. משרד הבריאות צריך לקבוע עקרונות היכן צריך מנחתים המתאימים גם ליסעורים.

עדנה לרמן – רחל ברקן היא יועצת התעופה של התמ"א. היא תערוך פגישת המשך עם חיל האוויר, רת"א ומשרד הבריאות. בנוסף יעבוד צוות התכנון עם משרד הבריאות על כלל המנחתים הקיימים ומתוכננים. תכין התייחסות לגבי כל הבעייתיות של כל המנחתים.

משה ברגיל – מחדד את ההבדל בין התקינה הצבאית והאזרחית. התקינה הצבאית מחייבת 'מישור מעבר' אשר שומר על סטנדרט בטיחות של כלי טיס צבאיים.

אסף אנטמן – בילינסון כדוגמה: בית החולים נמצא במרחק טיסה קרוב לבתי חולים על קרובים. האם יש צורך במנחת גם בבילינסון?

משה רונן – **לכל בית חולים על חייב שיהיה מנחת.** התייחס למנחת באיכילוב שלא יכול להוות תחליף שכן התכנית המפורטת שלו קובעת כי יתבצעו בו רק 4 נחיתות בחודש, לחירום בלבד.

אלון ישעיהו – מטרת משרד הביטחון היא **הסדרה סטטוטורית** של מנחתים בבתי חולים על מנת לשמור על פעילות מסודרת. לדעתו התמ"א הזו היא הזדמנות טובה לכך. משרד הבריאות צריך לקבוע מדיניות ברורה. בנוסף צריך לשמור על אפשרות של פעילות מבצעית, כלומר לאפשר קרקע למנחתים. **בשעות חירום מנחתים** הינם קריטיים ביותר. חייבים לשמר רציפות תפקודית ויתירות לכן לא נוכל ללכת למינימום הנדרש. יש לקחת בחשבון אסונות טבע ומלחמות ולא לוותר על מנחתים לטובת פרוייקטי בניה. סבור שיש לסמן ב 5-6 מנחתים בתשריט התמ"א את קונוס הנחיתה ותחום המגבלות במסגרת התמ"א המתארית.

דודי לוטאטי - הדגיש כי אם נמתין לתכנית המפורטת לשם סימון תחום המגבלות הם ייתפסו ע"י שימושים אחרים. זה נדרש ברמה מתארית.

סיגי בארי – מסכימה עם חשיבות המנחתים אך יש לקבל החלטות מושכלות ומתוכננות. מדגישה את החשיבות והדחיפות של קבלת החלטה לגבי המנחת של בית חולים בילינסון. מדגישה את הצורך בתיאום עם המחוזות.

משה רונן – משרד הבריאות צריך לערוך בדיקה בנושא.

רונית מזר מסכמת את הדיון:

1. צוות התכנון יכין תוך 10 ימים סקירה לגבי פריסה ארצית של כל המנחתים הקיימים והמתוכננים, הבעייתיות והמגבלות שלהם. במקביל תתבצע בדיקה לגבי בילינסון ותל השומר מול הצוות של הותמ"ל.
2. משרד הבריאות צריך לקבוע עקרונות לפריסה ארצית – באילו מקומות צריך מנחת למסוקי יסעור ואיפה למנחתים למסוקים יותר קטנים והיכן צריך/ניתן לתכנן מנחתי קרקע או מנחתי גג.

3. תמ"א 49 אינה קובעת ברמה של הנחיות ארציות הוראות לכלל המנחתים – הן תקבענה במסגרת תכניות מפורטות. יש לחשוב מה ניתן לכלול במסגרת התמ"א
4. חשוב לתכנן את מסלולי קונוסים לתעופה במסגרת תכניות מפורטות –התמ"א לא תוכל להיכנס לרזולוציה הזו.
5. תקבע פגישת המשך בעוד שלושה שבועות בנושא. בישיבה ידונו בין היתר נושא העיגון של המנחתים ליסעורים וכן הוראות לתכניות מפורטות, היקף הקרקע הנדרש והמגבלות על סביבת המנחתים.

28.10.2020 - ישיבה עם אגף גריאטריה, משרד הבריאות

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: אירית לקסר, איריס רסולי, ניר כספי, אריאל יקים

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', יצחק מרום, תמי סתיו, חן הררי

אירית לקסר –

- מערך האשפוז גריאטרי מתחלק לשני סוגים:

1. **גריאטריה פעילה** – הכוללת 4 סוגי מחלקות:
   a. גריאטריה תת- אקוטית
   b. הנשמה ממושכת
   c. גריאטריה שיקום
   d. סיעודי מורכב

כיום קיימות 4,488 מיטות כאלו והן במימון קופות החולים.

מרביתן המוחלט של המיטות לגריאטריה פעילה נמצאים בבתי חולים כלליים ובמר"גים.

2. **גריאטריה ממושכת** – הכוללת מיטות סיעודיות ותשושי נפש.

כיום קיימות 21,053 מיטות כאלו והן במימון משרד הבריאות.

- בישראל כיום ישנם 14 מרכזים גריאטריים (מר"ג) ומתוכם 4 בבעלות ממשלתית.

(כאשר יש במוסד מעל 4 מחלקות אשפוז – הוא נקרא מר"ג).

(מר"ג משמעותי מאוד – נאות המושבה נס ציונה).

עדנה לרמן – הציגה:

- **ביקוש למיטות אשפוז גריאטרי לשנת 2050** – הביקוש הצפוי נע בין עליה של 250% - 306%.
- **פריסת הביקוש והתפלגות מיטות האשפוז גריאטרי לפי סוגים במחוזות צפון וחיפה.**
- **חלופות התכנון והפריסה למערך שירותי האשפוז הגריאטרי במחוזות צפון וחיפה.**

אירית לקסר –

- האשפוז הגריאטרי (בעיקר הכרוני) מתבסס על אשפוז פרטי וכפי שניתן לראות מרבית הפתרונות העתידיים נמצאים במגזר הפרטי.
- ביה"ח המשפחה הקדושה – קיימים 28 מיטות ברישיון + 20 מיטות אשפוז "פירטיות". בנוסף ביה"ח מתכנן להגדיל את מיטות האשפוז ל- 100.
- מר"ג חדש – מרכז רפואי ושיקומי דושי בנצרת (פרטי).

ניר כספי –

- התכנית מתמקדת בהקצאת הקרקעות למוסדות גריאטריים ולא בגורם המפעיל אותן.

עדנה לרמן –

- הבהירה כי מטרת התוכנית היא ליעד שטחי קרקע למוסדות נדרשים בהתאם לתחזיות גידול האוכלוסייה והתפלגות לפי מחוזות.
- התוכנית עוסקת בהקצאות קרקע ציבורית למוסדות ציבוריים. באשפוז הגריאטרי קיימים פתרונות רבים שמוקמים ביוזמה פרטית וכוללים מיטות אשפוז ברישיון של משרד הבריאות, התוכנית דנה בכמות מיטות אלה אולם אינה מקצה להם קרקע ציבורית. מוסדות אלה מוקמים על קרקע סחירה [אזורי תעסוקה, או מסחר].
- התוכנית עוסקת במיטות אשפוז גריאטרי בבתי חולים כלליים ובמוסדות אשפוז גריאטרי ייעודים - בתי חולים גריאטריים שיקומיים. התוכנית אינה דנה בחלוקת המחלקות בהתאם להתמחויות בתחום אלא מציינת מספר כולל של מיטות אשפוז ושטחי קרקע נדרשים להקמתם.
- בשלב הבא התוכנית תדון במיקום המוסדות, אופי הבינוי והבטחת השטח הנדרש.
- צוות התכנון מתכנן להיפגש עם כל מתכנני מחוזות משרד הפנים על מנת לתאם את פריסת השטחים למוסדות המתוכננים ולהבטיח את עיגונם בתוכניות.

איריס רסולי –

- מובן עכשיו כי המטרה היא אינה עבודה אקדמית אלא יש לה השלכות יישומיות משמעותיות.

אירית לקסר –

- האגף הגריאטרי במשרד הבריאות אינו מעוניין במר"גים גדולים מאוד.
- רוב המר"גים כיום בסביבות ה- 600 מיטות אשפוז.
- במשרד הבריאות לא נעשתה עבודה לגודל האופטימאלי של בי"ח גריאטרי.

עדנה לרמן –

- אנו מבקשים לקבל את חוות הדעת של משרד הבריאות לגבי גודל רצוי למוסד.
- פתרונות הבינוי וצריכת הקרקע המוצעים יהיו שונים ומותאמים לכל אזור. באזור עירוני תהיה בנייה יותר צפופה ובאזור כפרי מודל בפריסה רחבה יותר.

1.11.2020 - המרכז הרפואי הלל יפה

מקום: בזום

משתתפים:

מיקי דודקוביץ', דינה פיינבלט, אמנון בן משה, עבו בנימין, אור סרי - הנהלת בי"ח הלל יפה; אבי בן זקן, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש, עדי שילינג גלזר - משרד הבריאות; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', יצחק מרום, עופר מנחם, אביב אלחסיד, אורית נבו, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

מיקי דודקוביץ' –

1. לכל אזרח במדינת ישראל מגיעה **איכות זהה לשירותי בריאות.**
2. **חלוקה למחוזות** – החלוקה למחוזות היא שרירותית ואינה תואמת את המצב בשטח [למשל בנפת חדרה 1.1 מיטות לאלף נפש בעוד שהמצב שונה בנפות אחרות בתוך מחוז חיפה]. התכנון צריך להסתכל בראיה ארצית ולא בחלוקה למחוזות. אחת המטרות היא למנוע משיכה של תקציבים ע"י בתי החולים במרכז אלא לפזר אותם יותר. המשך עבודה לפי מחוזות תקבע מצב לא נכון.

ביה"ח הלל יפה משרת גם את מחוז מרכז (נתניה, עמק חפר ועוד).

כמו כן, החלוקה למחוזות משתנה בין גופים שונים (משטרה, קופ"ח ועוד).

ביה"ח הלל יפה משרת 500,000 תושבים.

3. **טווח שירות** – חושב שצריך לקבוע מדד ברור - X ק"מ מבי"ח.
4. **מרכז על = מרכז כוללני**. במקרים רבים במרכז על ישנם שירותים נוספים (מעבדות, מכוני מחקר) אשר אינם רפואיים.
5. **ביה"ח הלל יפה צריך להיות מרכז כוללני** – משרת אוכלוסייה גדולה, יש לאפשר לו אפשרויות רפואיות נרחבות.
6. **אשכול בי"ח** – יש יתרונות רבים לאשכול בקומפלקס אחד מרכזים רפואיים גריאטריים, פסיכיאטריים ושיקומיים. היתרונות הינם רפואיים ולוגיסטיים. בתקופת הקורונה ביה"ח הלל יפה תמך רפואית ולוגיסטית בבתי החולים ובתי האבות באזור (שוהם, שער מנשה, דורות, לב השרון). סבור שנכון שכולם יהיו תחת אשכול אחד. הדגיש כי הטיפול בבית החולים עצמו הוא בחולים אקוטיים.
7. **ממשק עם שירותים בקהילה** – המרכזים הרפואיים בקהילה יוצרים כפילויות של שירותים רפואיים – קיימות מרפאות חוץ בבתי חולים כלליים, מרפאות חוץ בקהילה – מה שמוביל לפגיעה באיכות השירות הרפואי.

   בנוסף, החסרונות של מרכזים רפואיים:

   a. הקמתן יקרה מאוד.
   b. נוצרים "בתי חולים קטנים בקהילה" במקום פריסה רחבה של מרפאות קטנות יותר, מה שפוגע בנגישות בקהילה.
   c. אין הגיון בהקמת מרכז רפואי גדול שבמרחק לא רחוק קיים בי"ח.

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

[דוגמה – בחריש כל קופת חולים מקימה מרפאה גדולה].

8. **גודל בי"ח** – גודלו של בי"ח צריך להיקבע לפי האוכלוסייה שהוא משרת, לא לפי הצורך של המחוז.

אמנון בן משה –

- בי"ח הלל יפה נמצא באזור בעל אחוז הגירה גדול מאוד.
- לפי התחזיות בי"ח ישרת: ב- 2030 אוכלוסייה של 700,000 תושבים וב- 2050 אוכלוסייה של מיליון תושבים.
- קיימת תב"ע אשר מתכננת להגדיל את בי"ח לכ- 1,900 מיטות אשפוז לשנת 2050 שיכללו מיטות אשפוז כלליות, גריאטריות ופסיכיאטריות.

נדב דוידוביץ' –

- מסכים עם הנקודות שהעלה מיקי דודקוביץ'. נפת חדרה מיוחדת ונמצאת בין חיפה למרכז. התכנית צריכה לפעול לפי "כללי המשחק" הקיימים בעולם התכנון. החלוקה למחוזות היא אכן שרירותית אך מצד שני היא מאפשרת ראייה קונקרטית כלל ארצית שעל פיה ניתן לתכנן.

עופר מנחם –

- הצוות ערך וניתח את הפער בין תרחישי האוכלוסייה השונים, מגמות ויעדים – משקף את המציאות. המודל בתכנית לוקח בחשבון את פריסת האוכלוסייה והגילאים (מבוגרים, ילדים וכו) לשנת היעד. יש אי וודאות לגבי רמת עליית תוחלת החיים, אבל האוכלוסייה אשר תידרש למרבית השירותים הרפואיים כבר קיימת.

יצחק מרום –

- הראייה התכנונית היא ברמה הארצית עם התמקדות לרזולוציה מחוזית, אשר מאפשרת לתכנן בצורה קונקרטית יותר.
- קופות החולים – מעוניינות להעביר טיפולים רפואיים מסוימים מביה"ח לקהילה.
- בי"ח על – ישנה דילמה רפואית היכן למקם בתי חולים על – לפי קירבה לאוכלוסייה או לפי גודל האוכלוסייה (לכל מיליון וחצי תושבים בי"ח על?) – קביעה זו צריכה להיערך על ידי משרד הבריאות.

עבו בנימין -

1. ביה"ח העתידי – מדד מספר מיטות אשפוז אינו מדד נכון כאשר מתכננים את מערכת הבריאות העתידית. צריך למדוד לפי פעילות ביה"ח והפרוצדורות הרפואיות הקיימות בו. טיפולים רפואיים רבים ייצאו לקהילה וביה"ח העתידי יתעסק בעיקר במקרים אקוטיים, לכן מספר מיטות האשפוז לא יהיה רב כמו היום. הדגש יהיה על מיטות טיפול נמרץ ותוצאה מכך כוח האדם יהיה שונה.. לדעתו גודל אופטימלי לבי"ח עתידי הוא 600 – 800 מיטות אשפוז. מעבר לכך זו פגיעה באיכות הרפואה.
2. תחבורה – התחבורה העתידית תראה שונה מאוד מהיום. אופי התחבורה ישנה את האופן בו יגיעו לבתי החולים ולכן צריך לקחת בחשבון נושא זה. ייתכן וכפי שעושים משלוחים עם רחפנים יהיה צי של אמבולנסים- רחפנים שיפנו חולים ללא השפעה מפקקי תנועה.

נדב דוידוביץ' –

- מסכים שהמדד של מספר מיטות אשפוז הוא ארכאי (כמו מדד ה- GDP), בתחילת הדרך חשב צוות התכנון לעבוד לפי תפוקות של בית חולים. אך כיום עדיין (גם מול מדינות ה- OECD)

עובדים לפי מספר מיטות אשפוז וזהו נתון קונקרטי שניתן לתכנן לפיו. במסמכי התכנית מתוארים כל הנושאים האלו.

עדנה לרמן –

- מטרת התכנית הינה שריון קרקע עתידית למען הדרישה לשירותי רפואה. **מספר מיטות האשפוז הינו מדד אשר מתבטא בקרקע**. קשה מאוד להעריך כיצד תראה מערכת הרפואה העתידית ולכן התכנית תאפשר טווח וגמישות ככל הניתן.

מיקי דודקוביץ' –

- נגישות לבתי החולים – חשוב לאפשר פריסה של בתי חולים בצורה טובה שתאפשר נגישות טובה לכלל האוכלוסייה.

עדנה לרמן –

- מסכימה. המדד היותר נכון הוא זמן ההגעה ולא המרחק (באזורים שונים ישנם פקקים וכו).
- אשכול בתי חולים – הדרישה לאשפוז הכללי היא פי 2 והדרישה לאשפוז גריאטרי היא פי 3, לכן **אין ביכולתה של מערכת בתי החולים הכלליים לתת מענה לצרכים הגריאטריים**. יש צורך בהקמה נוספת של מיטות אשפוז גריאטרי.

מיקי דודקוביץ' –

- בתי החולים הכלליים יתמקדו המקרים האקוטיים ולאחר מכן יועברו לאשפוז ארוך טווח.
- ניהול בית חולים – צריך להיות מנהל על ומתחתיו מנהל לכל סוג אשפוז (כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקומי) ומנהל לוגיסטיקה לכל הקריה הרפואית (שירותים תומכים, מעבדות וכו).

דינה פיינבלט –

- בבית החולים הלל יפה כ- 1,000 אחיות.
- בי"ח כוללני (הכולל גם אשפוז גריאטרי) ימשוך אליו כוח אדם רב ויעלה את רצון הרופאים לעבוד בו. כמו כן ייתן מענה רפואי טוב יותר – רצף טיפולי.
- שירותי רפואה בקהילה תומכים חשובים מאוד להמשך טיפול איכותי למטופל.
- באזור נפת חדרה חסרה מערכת מסודרת המאפשרת מתן טיפול במקום אחד בתחום האונקולוגי, מה שמקשה מאוד על החולים.
- בבית החולים קיים בי"ס לסיעוד המשתף פעולה עם אוני' תל אביב (ביה"ח הלל יפה משת"פ עם ביה"ס לרפואה בטכניון).

9.11.2020 - הנהלת בי"ח רמב"ם

מקום: מפגש מקוון

משתתפים:

ד"ר מיקי הלברטל – מנהל המרכז, אריה ברקוביץ- מנהל הבינוי, קובי בוסל -מנהל האחזקה, ד"ר מיכל מקל –סגנית מנהל המרכז הרפואי, ד"ר יעל שחור - סגנית מנהל המרכז הרפואי, ד"ר נתי הורוביץ – רופא המטולוג, מתמחה במנהל רפואי - הנהלת בי"ח רמב"ם ; הדר סלע - סגנית מתכננת המחוז, מנהל התכנון ; נעמה עזריאל, מנהל התכנון מחוז חיפה ; פיאנה קרנץ, מנהל התכנון

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ, עדי ניב יגודה, עפר מנחם, יצחק מרום, אביב אלחסיד, אורית נבו, חן הררי, גלי פרוינד

מיקי הלברטל – מצגת. התייחס למבנה בית החולים, מבנים לשימור, אזור לוגיסטי והבעיות הקיימות במבנים הישנים במתחם ביה"ח. התייחס לאיומים הביטחוניים על בית החולים והציג את המחלקות התת קרקעיות באזור ממוגן.

- רמב"ם בי"ח שלישוני היחיד בצפון, נותן שירותים ל-12 בתי חולים באזור. ביה"ח משרת 2.3 מיליון איש, צה"ל וכוחות שמירת שלום של האו"ם. רמב"ם ממוקם במחוז חיפה אך כ-40% מהמטופלים בו אינם ממחוז חיפה אלא מכל צפון המדינה.
- ביה"ח רמב"ם מפעיל מחלקות בתוך מרכזים רפואיים אחרים בפריפריה – 4 מחלקות בבי"ח פוריה, 2 מחלקות בבי"ח נהריה.
- **מחקר וחדשנות בביה"ח** – חשוב והכרחי לקיים מחקר וחדשנות ולבנות מבנים המתאימים לכך בביה"ח. קיים ברמב"ם אגף מחקר משמעותי וכן בית ספר של הטכניון. כרגע נמצא בהקמה מגדל 'האנסלי', בן 14 קומות המיועד למחקר וחדשנות. בנוסף, קיימת חממה של רמב"ם בפארק מדעי החיים בכניסה הדרומית של חיפה. בחיפה ביה"ח מפעיל עיר חכמה בתחום האונקולוגיה בשיתוף עם קופ"ח כללית ובתי החולים כרמל ובני ציון.
- **מלונאות** - מהווה חלק בלתי נפרד מהטיפול ההוליסטי בחולים, ביה"ח זקוק למלונאות כהמשך לאשפוז במחלקת יולדות ובמחלקות אחרות.
- בזמן **מגיפת הקורונה** ביה"ח הפעיל 4 חדרי מיון שונים.
- **בי"ח לילדים** נפתח ב-2014 וכבר כיום נמצא בתהליכי שינוי תב"ע כדי להוסיף אליו קומה וחצי כי אין די מקום.
- רמב"ם מתחיל כעת **פרויקט אשפוז בית** במשותף עם קופת החולים מכבי, במסגרתו רמב"ם יספק טיפול רפואי, השגחה וטיפולים וירטואליים מרחוק.
- רמב"ם הוא מרכז על שכולל **אגף פסיכיאטריה** ומהווה גם **כמרכז הטראומה היחיד בצפון**. רבע ממקרי הטראומה במדינת ישראל מטופלים ברמב"ם (כ-900 פצועים קשה בשנת 2019). רמב"ם קולט פי 2 יותר נפגעי טראומה מכל בי"ח אחר בארץ.
- **תכנון ביה"ח** לוקה בחסר ולא נותן מענה לכל צרכי הצוות הרפואי והמטופלים. ראוי לרכז מאמצים, טיפולים ומכשירים רפואיים בבית חולים מרכזי ברמה הארצית בניגוד לפיזורם בבתי חולים רבים. למרות החשיבות בהנגשה של הטיפולים אין מספיק כוח אדם ותקציבים על

מנת להפעילם לדוגמה: מחלקת רדיותרפיה הוקמה בביה"ח זיו בהשקעה מאוד גבוהה, אך ללא השקעה בכוח אדם, דבר שהוביל לפעילות מועטה בלבד. זו לא התנהלות מיטבית. ללא השקעה בכוח אדם, לא נכון לפתוח יחידת רדיותרפיה נוספת בעפולה. בדומה לכך: באונטריו, שגדולה פי 50 מישראל ובה 12 מיליון איש, יש 5 יחידות טיפול נמרץ ילדים. בישראל יש 19 יחידות טיפול נמרץ.

- **מרכזי על** – בישראל קיימים רק בטראומה.
- בביה"ח רמב"ם קיימים **17 חדרי ניתוח בלבד**, זו תקלה תכנונית משמעותית ביותר ויש צורך בתוספת משמעותית. כרגע יש תכנון לעוד 2 חדרי ניתוח נוספים, באסף הרופא יש 21 חדרי ניתוח; באיכילוב יש 32 חדרי ניתוח ובונים עוד 10; בשיבא 38 חדרי ניתוח.
- ברמב"ם **שיעור המיטות הפנימיות הוא רק 21% מתוך כלל המיטות** - 210 מיטות שהן חמש וחצי מחלקות. צריך להקים עד 9 מחלקות, קיים חוסר של לפחות 60 מיטות.
- **ברמב"ם אין מרכז שיקומי, לכן ביה"ח מעוניין בחיבור למרכז פלימן.** בביה"ח אין כיום כל מענה לשיקום ילדים. יתר על כן, מבית חולים בית לוינשטיין ברעננה וצפונה אין בישראל שיקום ילדים. רופאי ביה"ח רואים פגועי טראומה רבים, פגועי ראש שלא מקבלים שיקום, ילדים שאינם משוקמים. משפחות באזורים רחוקים לא יכולים להגיע לרעננה לאורך שנה שלמה, הדבר הופך לנטל גדול על המערכת.

אריה ברקוביץ –

- התכנון בעשורים האחרונים בארץ התאפיין בבינוי ספורדי, לפי הצורך העולה משנה לשנה. לאור מצוקת המשאבים, **חשוב ביותר להצמיד לתמ"א 49 כלים ומשאבים ליישומה**. אחד האילוצים הכי קריטיים של המערכת הוא המחסור רב השנים בתחום התשתית, חשוב להתייחס לתחום זה כדי לגבות את התוכניות לעשורים הבאים.
- ביה"ח רמב"ם נמצא על שבר יגור, דבר המחייב **מיגון בפני רעידות אדמה**. בכל המבנים שנבנו אחרי שנות ה-80 קיים מענה, אך עבור רוב המבנים הוותיקים בביה"ח אין מענה. צוות ביה"ח עוסק בחיזוק מבנים מזה מספר שנים. בכוונת ביה"ח להתחיל בחיזוק המבנה המרכזי החל מ-2021 בהשקעה של כ-20 מיליון ש"ח.
- **סביבת ביה"ח** – ביה"ח מוקף בנמל חיפה, בה"ד חיל הים ושכונת בת גלים. בה"ד חיל הים הוא העתודה התכנונית אסטרטגית לפיתוח בית החולים. גם מגרש בשכונת בת גלים יכול להוות עתודת פיתוח בכפוף לפינוי בינוי. מיועד להקמת מעונות לעובדים.
- **תחבורה** – תחום התנועה היה אתגר מרכזי בעת תכנון התב"ע. בעשור האחרון חלו התפתחויות משמעותיות:
  - הקמת מחלף אלנבי המנגיש את ביה"ח מצפון.
  - כביש המאפשר תנועה היקפית, מסביב לבית החולים, דבר שלא היה קיים בגלל מבנה המפרץ. הכביש הטבעתי נותן מענה לפקולטה, למרכז ההכשרה ולמבקרים, ומתוכננות עוד 2 כניסות לבית החולים מאזור החוף והמנחת.
  - יש לביה"ח מנחת מסוקים שפעיל ברמה יומיומית.
  - ביה"ח התמודד עם מתן **מענה לצורך בחניות**, נושא שהיווה איום קיומי על מוסד שלא אפשר למטופליו, מבקריו וחלק מעובדיו מענה בחניה. נבנה חניון תת-קרקעי בגודל של 60 אלף מ"ר בשלושה מפלסים, שנותן מענה לכ-1,500 כלי רכב. התב"ע

מחייבת את רמב"ם להקים חניון משלים לכ -2,000 חניות, דבר שיאפשר מענה סביר. חלק מהחניון ממוקם בים מה שהצריך השפלת מים ואיטום משמעותי. כיום החניון יכול להיות מוסב למחלקות אשפוז שכן כל התשתיות מאפשרות זאת, כולל עוצמת התאורה.

- **השטח הקרקעי של ביה"ח מאוד מצומצם, כ-80 דונם**. קיים שטח נוסף בבעלות משרד הבריאות מחוץ לתב"ע וכן ושטח נוסף בבעלות מנזר הכרמליטים שמשמש להכשרה וכד'. בשל אילוצי המקרקעין פנה ביה"ח לתכנון בתת הקרקע ולגובה, בדומה לאיכילוב.
- קיים פרויקט לביצוע של עיריית חיפה **להקמת טיילת להולכי רגל ואופניים** מהחוף השקט עד החוף הדרומי. לעירייה נותר רק לבנות גשרון. ביה"ח נתן אישור לתכנית של חברת יפה נוף והטיילת תיכנס לפיתוח במרץ 2021.
- **שטחים ירוקים** – מאתגריו הגדולים של רמב"ם. למרות הצפיפות התב"ע הקצתה לכך 16 דונם, חלקם עדיין לא מפותחים.
- **מגדל התגליות** – פרויקט בבנייה, בן 20 קומות. בינואר מסתיימת בניית השלד והמעטפת, תוכנן בשותפויות אסטרטגיות עם הטכניון וגופי מחקר ופיתוח. הזיקה לפקולטה לרפואה של הטכניון משמעותית עבור ביה"ח.
- **תחזוקה** – לצד משאבי בינוי ופיתוח, ביה"ח חייב להקצות משאבים לתחזוקה שוטפת, שכן כל הבנייה וההשקעה הכספית תתפורר בעוד כ-20 שנה, דבר שנותן אותותיו ביומיום.
- שינוי התב"ע – רמב"ם נמצא בתהליך של שינוי התב"ע לצורך בניית 2 קומות נוספות בבי"ח לילדים, רובן יוקדשו לשיקום ילדים.
- **בית החולים הממוגן התת קרקעי ברמב"ם הוא הגדול מסוגו בעולם**, ונותן מענה לכ-2,000 חולים בסטנדרט גבוה.
- מקודמת כעת תכנית לפיתוח עתידי של ביה"ח במשותף עם הטכניון על שטח בה"ד חיל הים. ביה"ח ממתין להמלצה לפינוי הבה"ד בהקדם בותמ"ל.

עדנה לרמן – נרצה לדעת אילו דפוסי קמפוס עתידי אפשריים לדעתכם עבור רמב"ם. האפשרויות הן למשל פריסה של הפעילות במרחב ושילוב עם מוסדות ובתי חולים אחרים. חשוב לברר עד כמה תחב"צ יכולה לתת כיום מענה לביה"ח. סוגיה נוספת - בניה לגובה והשפעתה על תפעול של ביה"ח. כיום כל מרכז על משרת כ 1.5 מיליון איש. האם יחס זה אמור להישמר גם עבור אוכלוסייה של 15 מיליון איש. איך מתייחסים לנושא הגריאטריה, האם רוצים לפתח את התחום ובאילו היקפים.

מיקי הלברטל –

- **עתיד ביה"ח** . צפוי לגדול בכ 400 מיטות. סבור שנדרש מודל של אשכולות בבתי החולים פלימן והכרמל, לצד מתן שירות לבתי החולים פוריה, נהריה ולקהילה. שיטת ניהול זו יעילה וחסכונית עבור המערכת, וכן מהווה צורת עבודה נכונה.
- **שילוב טיפול בית** – ביה"ח מוביל בנושא של אשפוזי בית, בבית החולים תהיה מחלקת בית אחת ואולי אף יותר. תהיינה מחלקות שינוהלו בבתי החולים והחולים ישכבו בבית. רפואת הקהילה היא החלק הגדול של שירותי הרפואה. בתווך בין רפואה בקהילה לבין רפואת בתי החולים נבנית עוד רמת רפואה, שאינה מצריכה מיטה של בית חולים, אבל כן מצריכה שירותים שרופא המשפחה בקהילה לא יכול לתת. לתווך זה נכנס ביה"ח רמב"ם.

- **נגישות וביזור שירותים** – קיים בלבול בין פריפריה לבין נגישות. בקצרין לדוגמה, לא יהיה בית חולים אבל חייבת להיות שם נגישות לשירותי רפואה. נושא התחבורה, תחב"צ וחניונים הוא קריטי. בי"ח רמב"ם צמוד לתחנת הרכבת, לרכבת הקלה. השקעה של המדינה בטייסת מסוקים שתשנע חולים למרכזי-על הוא פתרון הגיוני יותר מאשר פתיחת מרכזי טיפול רבי משאבים במקומות אזוטריים. הטייסת תהיה זולה יותר. הרצון של המדינה לבזר את הרפואה מנוגד לכל הגיון עולמי. אם אין תוספת של תקנים וכוח אדם נוצרת תחרות קשה על אותם הרופאים. אם רוצים מרכזי איכות שיהיו טובים ויעילים הם צריכים להציג פעילות רבה. 19 יחידות טיפול נמרץ ילדים הן הרבה פחות יעילות מאשר 8 יחידות טיפול נמרץ גדולות. את הכסף העודף רצוי להשקיע בשינוע המטופלים.
- **עלייה במספר החולים הקשים** – קיים שינוי בסוג החולים שצריכים אשפוז. החולים המגיעים כיום לאשפוז הם במצב יותר קשה. שיעור המיטות לטיפול נמרץ צריך לגדול. במדינת ישראל יש 5% בטיפול נמרץ, ברמב"ם אלה 8-9% בטיפול נמרץ, ובעולם המספרים המקובלים הם 15-20% מהחולים שיצטרכו להיות בתוך בית החולים.
- **בניה לגובה** אין הבדל בין 9 ל 14 קומות. בניה לגובה מצריכה מעליות יעילות; הפרדה בין חולים, קהל ולוגיסטיקה גם במערכת המעליות. הבניה לגובה קשורה גם למלונאות. בעתיד יהיו מאושפז או שני מאושפזים בחדר, מצריך שטחים מאוד גדולים, הגדלת מבואות וכד'. רמב"ם שוכן על קו החוף בו אסור לבנות לגובה, הגבלה שמגבילה את התפתחות ביה"ח משמעותית כיוון שבקו החוף יש בניין **המטולוגי** שצריך הרחבה, וכמוהו גם זקוקים להרחבה מתחמי **הלוגיסטיקה** של בית החולים. עלייה לגובה תורמת לחוסן של ביה"ח. ביה"ח התת קרקעי של רמב"ם יכול לשרוד 3 ימים רק באמצעות משאביו שלו כשהוא נעול. מתן מענה שכזה דורש מענה לוגיסטי: חדרי אוכל, חשמל וכו'.
- **אנרגיה** –עד לפני כמה שנים לבית החולים הייתה אספקת חשמל ממקור אחד בלבד, וכיום מתקבל החשמל מ-2 מקורות. אותו ביזור אנרגטי נחוץ עבור הגז הטבעי.

עדנה לרמן – האם יש לרמב"ם המלצה כיצד ניתן לתת מענה לקרית שמונה וכרמיאל, ועד כמה התפתחות הטכנולוגיה מייתרת פיתוח מרכז רפואי מקומי.

מיקי הלברטל – מענה משולב, פיזי ווירטואלי מקובל בכל העולם. לשם כך, נחוץ מרכז קטן בקרית שמונה שיאפשר מתן שירות שלעיתים יהיה וירטואלי ולעיתים יהיה פרונטלי באמצעות צוותים רפואיים של ביה"ח רמב"ם, או שצוות מקומי יעבוד מול הצוות המקצועי במרכז הרפואי הגדול.

נדב דוידוביץ' – קיימת הסכמה שמדד מיטות לנפש הוא ארכאי, אך כשמתכננים דרושים נתונים לקובעי המדיניות נחוץ מדד לחישוב צרכי קרקע ומיטות.

מיקי הלברטל – המודל המוצע על ידינו הוא של האב עם צוותים שעושים סבבים בפריפריה. במדינת ישראל שיעור המיטות מאוד נמוך. רצוי להגיע לכ-2 וקצת מיטות לאלף נפש. בראיה עתידית, הרפואה המשמעותית היא בקהילה ובאשפוזי בית, מה שיקטין את הצורך במיטות בתי חולים. זאת לצד גידול האוכלוסייה והזדקנותה, שמעלים את הצורך בתוספת מיטות בתוך בתי החולים לאותם חולים קשים שחייבים אשפוז.

יצחק מרום – בבניה לגובה מחלקות האשפוז ממוקמות עד לקומות 8-9, ובקומות הגבוהות לא ממקמים אשפוז. איזו סביבה עסקית תהיה בעתיד?

מיקי הלברטל – משרד האוצר אוסר על הקמת מיטות אשפוז מעל לגובה של 8 קומות. תרחישי החירום שעומדים בפני בית החולים הם רעידות אדמה ושריפה. כעת נוספה גם מגיפה. למרות זאת

נרצה לבנות לגובה. קיים מחסור בשטחים, וכאמור בפנימיות חסר לביה"ח כ-2 מחלקות. בצפון לא קיים פתרון לאשפוז המשכי גריאטרי, הנשמה וכדי. בכל יום כ-40 איש מעוכבים ללא פתרון מחוץ לביה"ח למרות שאינם זקוקים לאשפוז. עד הקורונה כל בוקר המתינו 30-40 איש בחדר מיון לאשפוז, אך אין מיטות.

ד"ר מיכל מקל – אין מקום לעוד מרכז על בחיפה והסביבה, גם לא בקריות. מרכז על כמו רמב"ם יכול לתת מענה לקמפוס צפוני בקריות שיהיו בו אשפוזים, כירורגיה, פנימיות, מענה משאב אנושי, לוגיסטיקה. זה המודל הנכון יותר.

מיקי הלברטל – בקריות צריך לבנות פתרון רפואי נוסף. אולי נכון יהיה להזיז את בית החולים בני ציון, שאין לו מקום כלל לגדול, או ביה"ח הכרמל, ולהרחיב אחד מהשניים לקריות ושם לתת מענה משמעותי בשילוב של רמב"ם כבית חולים על. בי"ח כרמל הוא מרוחק אך עם יציאה לכביש החוף. בי"ח בני ציון מיושן מבחינת התשתיות, בעל נגישות תחבורתית בעייתית, וממוקם באמצע בין רמב"ם לכרמל. ייתכן ויהיה נכון להעבירו. לגבי איחוד של כרמל וגלעם – זה רעיון מאוד נכון.

עדנה לרמן - אם בי"ח גלעם יבנה ויגדל, כיצד הנהלת ביה"ח רואה את מערכת בתי החולים החיפאית? יהיו בצפון 2 בתי חולים גדולים. אולי בשני העשורים הקרובים גלעם יהיה יותר קטן, אבל לטווח של שלושה עשורים הוא יצטרך לגדול. כיצד תתפקד מערכת בתי החולים במרחב הצפון, לצד הלל יפה בדרום, אשר לו שאיפות גדילה?

ד"ר מיכל מקל – ישראל קטנה מדי ואין צורך להקים עוד מרכז על, אלא לתת מענה בהתאם לצורך. יותר נכון להקים בי"ח אחד גדול עם בתי חולים קהילתיים שהוא מפעיל מסביב, לצד מתן שירות באמצעות שני מסוקי יסעור במנחת של רמב"ם.

עדי ניב יגודה – איזה תחום רפואי יכול לצאת מבית החולים? בהינתן שמשנים את שיטת ההתחשבנות. מרפאות חוץ? באילו תחומים של ההתפתחות הטכנולוגית או המעבר לקהילה יפנו מקום בביה"ח?

מיקי הלברטל – לא יהיה תחום שלא יינתן עבורו מענה בביה"ח. תחום האנדוקרינולוגיה מוקם בעבר בביה"ח והיום עבר לקהילה, לצד מענה אנדוקרינולוגי בביה"ח. עבור רפואת עיניים נדרשו בעבר 18 מיטות אשפוז כדי לאשר התמחות, והיום כבר נראים מאמצים לאשר רפואת עיניים ללא אשפוז.

ד"ר מיכל מקל – בתחומים מסוימים מרפאות חוץ הן שער כניסה לבית חולים. אימונולוגיה ואנדוקרינולוגיה התפתחו מאוד בקהילה, אך עדיין יש לביה"ח תפקיד בהכשרת הרופאים בהתמחות בתחום וטיפול בחולים מורכבים. רמב"ם נותן שירות תדיר לקופת החולים. לא כל בית חולים חייב אנדוקרינולוגיה, אך יחד עם זאת לבית חולים ציבורי גדול, ובעיקר לחולה מבוגר או מורכב צריך שיהיה בבית חולים מענה לכל מצב. לא כל בית חולים חייב להקים מרפאות בתחומים שעברו לקהילה, אך המרפאות חשובות בבתי חולים המתמחים באותו התחום או במרכזי על. יש לכך חשיבות גם במחקרים הנעשים בבתי חולים שהם מרכזי על. אין תחומים שנעלמו, אך יש תחומים שירדו מאוד.

19.11.2020 – פגישה עם מחוז צפון, מנהל התכנון

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים: אבי בן זקן, משרד הבריאות ; משה רונן, משרד הבריאות; אורי אילן, יהונתן כהן ליטאנט, ניצן בלין, דקלה עדי פרץ. - מחוז צפון, מינהל התכנון.

צוות התכנון:
עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', רינה דגני, יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

אבי בן זקן – מציג את הרקע לתכנית תמ"א 49, התכנית מסתכלת על מערכת הבריאות כמכלול ובצורה הוליסטית, הן מבחינת הטיפול והאשפוז בבתי חולים והן בקהילה.
עדנה לרמן – הציגה את **עיקרי התכנית, הדרישה למיטות אשפוז כללי במחוז צפון (וחיפה) וחלופות הפריסה והפיתוח למחוז**.
דקלה עדי פרץ ויהונתן כהן ליטאנט – חייבים לחייב בפרוגרמה חניה תת קרקעית גם בפריפריה. גם אם יקר זו הנחיה חשובה לכלל בתי החולים.
עדנה לרמן – השטחים לחניה בבתי החולים הקיימים גדולים ותופסים שטח פתוח התורם לאיכות החיים במתחם, יש לתכנן חניה בתת הקרקע.
אורי אילן –

- **גידול האוכלוסייה** – **א.** הנחות העבודה והצפי של המחוז הן הכפלה של אוכלוסיית הצפון בעשורים הקרובים. **ב.** הרכב האוכלוסייה משתנה – צפי ל- 25% מהאוכלוסייה מעל גיל 65. **ג.** הטרוגניות אוכלוסיית הצפון מהווה אתגר אך גם פוטנציאל. חשוב לחבר את התכנית עם הרכב האוכלוסייה בצפון.
- **היבט כלכלי** – לפיתוח מערכת הבריאות יש יכולת למנף ולחזק את מחוז הצפון.
- **נגישות ותח"צ** – צריך להיות קשר הדוק בין תכנון בתי החולים ומערכת הבריאות ומערכת התחבורה הציבורית.
- **רפואה בקהילה** – ככל שהרפואה בקהילה תהיה חזקה ואיכותית כך יפחת הצורך בפיתוח יתר של בתי חולים. המאבק בין קופות החולים פוגעת באיכות הטיפול בקהילה.
- **בריאות הנפש** – בי"ח מזור (הממוקם בעכו) חייב לעבור מיקום. בגלל המעבר המתוכנן שלו אין אישורים לפיתוח הבסיסי ביותר של ביה"ח. אולי להעבירו למתחם בגלעם? אולי מיקום אחר. כמו כן יש מחלקה איכותי לטיפול בבריאות הנפש בבי"ח זיו. יש לחשוב האם צריך הקמה של בי"ח פסיכיאטרי נוסף.
- **אנרגיה מתחדשת** – בתי החולים הם צרכנים גדולים מאוד של אנרגיה ויש לחבר אותם למערכת אנרגיה מתחדשת (גז).

נדב דוידוביץ' – כוח אדם – הינו נושא מרכזי וחשוב מאוד בפיתוח מערכת הבריאות העתידית. לתכנית יש מגבלות והיא אינה תעסוק בנושא זה. נושא זה כמו נושאים נוספים אשר אינם נכללים במסגרת התכנית מקבלים התייחסות במסמכי המדיניות אשר נלווים לתכנית.
[כנס כוח האדם באצבע הגליל. צוות התכנון ישמח לקדם מפגש פריפריאלי בנושא].

יהונתן כהן ליטאנט – חלופות – באיזו חלופה יש מענה לשירות איכותי הטוב ביותר לתושבי הצפון? העקרונות של נגישות (תח"צ) ושימוש יעיל בקרקע הינו חשוב מאוד לבחירת החלופה הנבחרת.

עקרונות תכנון ואיכות תכנון – כיום אין התייחסות לאיכות התכנון בבתי החולים. הפרוגרמות המקודמות מאוד דלות ואין בהן הנחיות או מדדים לתכנון איכותי. אין התייחסות איכותנית ל"חוויית המטופל" (חניה, תח"צ, ניידות, הרגשה נעימה בביה"ח ועוד). חושב שבמסגרת התמ"א יש מקום להוסיף פרק של עקרונות לתכנון איכותי מפורט. התכניות הקיימות היום של בתי החולים פוריה ונהריה הן דוגמאות טובות לכך.

אבי בן זקן – מסכים עם דבריו של יוהנתן. במסמכים הנלווים של התכנית יש פרק על ביה"ח העתידי המתעסק באיכות בתי החולים העתידיים.

ברוב המקרים המישור המעשי גובר על המישור התכנוני כך שמרבית בתי החולים מתוקצבים בצורה דלה ועל כן קשה מאוד לתכנן בצורה איכותית. לבתי החולים בפריפריה יש פחות תרומות ועל המצב שם אף קשה יותר המוביל לחוסרים רבים. חשוב להבין שחניה תת קרקעית היא יקרה מאוד ולכן פעמים רבות לא מתממשת בתכניות של בתי החולים.

יהונתן כהן ליטאנט – מבין אך לא מסכים. התכנית מדברת על תכנון של 30-20 שנים קדימה ולכן חייבת להוביל לסטנדרטים איכותיים. אם ניתן לתכנן בתי חולים במרכז (כמו תל השומר) בצורה איכותית חייבת להיות התייחסות דומה לבתי החולים בפריפריה.

אבי בן זקן – מסכים. חלק מהתכנון העתידי של בתי החולים מכוון לכך שביה"ח יהיה חלק מהמרחב העירוני. בתי החולים הקיימים נמצאים תחת מגבלות ואילוצים רבים. שוב חשוב להדגיש שהצרכים הדחופים של בתי החולים היום גובר פעמים רבות על תכנון איכותי לטווח הרחוק.

דקלה עדי פרץ – מבקשת לחדד את הקריטריונים לבחירת החלופות.

עדנה לרמן – החלופות נעות בין פריסה ומיקוד ועל ציר זה נבנו החלופות.

על פי הערכת משרד הבריאות בכל הארץ ישנו צורך בהקמה של שני מוסדות בריאות שלישוניים אחד בצפון ואחד בדרום.

דקלה עדי פרץ – באיזה שלב נמצא גלעם?

עדנה לרמן – יש משבצת קרקע אבל אין עדיין החלטות אופרטיביות על איזה סוג ביה"ח הוא יהיה. יש במיקומו בעייתיות בגלל הקרבה לביה"ח רמב"ם (בעיה דומה שקיימת בדרום). לבתי חולים גדולים יש יתרון לגודל, איכות הטיפול עולה. מצד שני באזורים הפריפריאליים של ישראל, הצפון והדרום, יש בעיה של נגישות למוקדי רפואה. צוות התכנון ישמח לקיים פגישה נוספת עם המחוז על מנת לפתח מיקומים אפשריים לבתי חולים עתידיים.

יצחק מרום – מתחבר לראיה שהוצגה על ידי אבי ויהונתן של בתי חולים כחלק מהמרחב העירוני. צריך לזכור שבתי החולים בארץ מאוד ותיקים (חלקם נבנו עוד לפני קום המדינה). משרד הבריאות צריך לתכנן איזה סוג שירותים רפואיים הוא רוצה לפרוס והיכן.

22.11.2020 – לשכת תכנון מחוז חיפה

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

ניר כספי, משרד הבריאות; איתמר בן דוד, ליאת פלד, הדר סלע, נעמה עזריאל – מינהל התכנון, מחוז חיפה; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

צוות התכנון:

עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', רינה דגני, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

ליאת פלד – בנוסף לחלוקה למחוזות האם יש התייחסות לחלוקה לנפות?

עדנה לרמן – כן, לדוגמה נפת חדרה הנותנת שירות גם לאזור המרכז, אך מכיוון שהראיה היא ארצית הרזולוציה תהיה לפי מחוזות. ביה"ח העתידי בגלעם ישרת את מחוז חיפה והצפון יחדיו ועל כן צוות התכנון מציע תכנון בראיה אזורית לשני המחזות.

עדנה הציגה את עקרונות התכנון ואומדן הפיתוח הנדרש ואת החלופות השונות למחוזות חיפה והצפון. חשוב להדגיש שהחלופות עדיין לא קיבלו את אישור ועדת העורכים לתכנית. בשלב זה החלופות המוצגות הינן פרוגרמתיות כאשר בשלב הבא ייקבע המיקום הגיאוגרפי.

ליאת פלד – חושבת שיש לחדד את הקריטריונים לבחירת החלופות. לא ברורה המתודולוגיה וכיצד נקבעה החלוקה לחלופות מבחינת גודל בית החולים ולא ברור גם מדוע הוחלט שהקריטריונים שהוצגו ברמזור הם אלה שיש לבחון לפיהם. צריך שאמירה חברתית כלשהי תבוא לידי ביטוי בפריסה.

נדב דוידוביץ' – גודל ביי"ח – שאלת גודל ביה"ח האופטימלי משתנה בין מדינות ותלויה בגורמים רבים כמו היבטים ניהוליים, תקציביים ועוד. בארץ ישראל יש הסכמה כללית על סף תחתון של 500-600 מיטות אשפוז וסף עליון של 1,000-1,200 מיטות אשפוז. הקמתו של ביי"ח אסותא אשדוד הינה דוגמה לביי"ח קטן מדי ולא כלכלי.

ביי"ח שלישוני אינו מושפע רק מהיקף מיטות האשפוז בו אלא מרמת המומחיות והפרוצדרות הרפואיות שבו.

ניהול ביי"ח – ישנם דוגמאות שונות לניהול בתי חולים בארץ ובעולם. לדוגמה, ביי"ח תל השומר מורכב מכמה סוגי בתי חולים (כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקומי) אשר לכל אחד הנהלה עצמאית כאשר ישנה הנהלה כללית לכל המרכז הרפואי. דוגמה נוספת הינה המתחם הרפואי של ביי"ח בילינסון אשר מורכב מביה"ח הכללי, ביי"ח פסיכיאטרי (גהה) וביי"ח שניידר המתמחה ברפואה לילדים. בנוסף ניתן לראות בתי חולים אשר מנהלים שיתופי פעולה ברמות שונות (למשל בין שיבא לפוריה וזיו).

ביה"ח העתידי – בתי החולים העתידיים צריכים להיבנות כקמפוסים רפואיים הכוללים בתוכם מגוון פונקציות מעבר למתן טיפולים רפואיים כמו חיבור לאוניברסיטה, מחקר, תעסוקה ועוד.

עדנה לרמן – הציגה פרוגרמות גנריות לבתי חולים (שלישוניים ובינוניים) על מנת להגדיר גודל נחוץ לשטח קרקע הנדרש להקצות.

איתמר בן דוד –

- למה בעצם צריך תכנית מתאר ארצית למוסדות רפואה? ישנם הקצאות למוסדות ציבור במסגרת תדריכים ותכניות שונות.
- לא ברור המעבר ממיטות לדונם
- קמפוס רפואי וקשר למרחב העירוני – קמפוס רפואי הוא מוסד גדול ו"מבוצר" הנמצא לרוב בלב המרחב האורבני ולכן יוצר סביבה עירונית לא מטיבה. האם התכנית תיקח בחשבון את הקשר בין המערכות העירוניות לבית החולים?
- נגישות – הנגישות לבי"ח הוא קריטי ולא יעלה על הדעת להקים בי"ח חדש ללא קישור נאות לתח"צ.
- אנרגיה – יש חשיבות רבה בחיבור בתי החולים הקיימים והעתידיים למערך של אנרגיה מתחדשת. בי"ח רמב"ם עדיין עובד על מזוט והוא מזהם גדול מאוד של מפרץ חיפה.
- רפואה בקהילה – הקורונה המחישה שניתן להעביר יותר טיפולים למערך של רפואה מרחוק ובכך לחזק את הקהילה.

ליאת פלד – בתי חולים הם מנוף לשדרוג הסביבה ולחוסן סביבתי. המחוז חושב שבי"ח חדש בואדי ערה יכול לחזק מאוד את האזור והאוכלוסייה.

במחוז זיהו את הצורך בבי"ח חולים נוסף ועל כן דחפו לאישורו של הקמת ביה"ח בגלעם ואישור של הגדלה ופיתוח לבי"ח הלל יפה ל- 1,900 מיטות אשפוז, כך שבעתיד יהיו 3 מרכזים רפואיים גדולים במחוז (גלעם, רמב"ם והלל יפה). שלושת בתי חולים אלו נמצאים על מרכזי תחבורה ואת כולם יש צורך לחבר למערכת של גז.

לדעתה שלושת הפרמטרים החשובים ביותר שעל פיהם יש לבחור מיקום לבתי חולים חדשים הינם: א. מענה רפואי לאוכלוסיות שונות (הטרוגניות). ב. תעסוקה ג. נגישות. יש גם חשיבות מכרעת לנושא החברה והאנרגיה.

חושבת שאכן צריך את קיומה של תכנית מתאר ארצית למוסדות בריאות מכיוון שהיא תיתן מעטפת אסטרטגית לפריסה ולשירות הרפואי של האוכלוסייה. לדוגמה, לביה"ח העתידי בגלעם לקח כמה שנים עד לאישורו למרות הידיעה בצורך במוסד רפואי חדש באזור.

הדר סלע – התחזית כפי שהוצגה לקחה בחשבון את התכנית האסטרטגית לשנת 2040 אבל לא ברור אם לקחה בחשבון גם את המלאי הקיים של תכניות שאושרו אך טרם מומשו. צריך לדבר גם על האשפוז ובתי החולים הפסיכיאטריים. מבקשים לקבל את נתוני האוכלוסייה במלואם.

רחלי קוסלקי – הדגישה שהמטרה במפגשים ישירים עם המחוזות זה בין היתר שהם יציעו שטחים שבהם ניתן להקים בתי חולים.

24.11.2020 - ישיבה עם רת"א

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: משה רונן

מנהל התכנון: רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ.

רת"א: דדי מנשה - מנהל מחלקת שדות תעופה והגבלות בנייה, אור זקן עמית, פיני ברגר

חיל האוויר: ליאור בורג

צוות התכנון: עדנה לרמן, רחל ברקן, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

דדי מנשה - הסדרת התעופה האזרחית כוללים: רמת בטיחות טיסה מרבית, פיתוח התעופה, רמת שרות נאותה למשתמשים בשירותי ההובלה האווירית, שמירת רשת ביטחון למובילים הישראלים ומזעור הפגיעה באיכות הסביבה הנובעת מפעילות תעופתית.

רת"א עסוקה בהסדרת כל שדות התעופה, כיום מתקיימת תכנית מתאר ארצית 15/2.

מרושיין = על מנת להפעיל מנחת יש צורך בהסדרה עם רת"א. על מנת שכלי תעופה אזרחיים יוכלו לשרת בתי חולים יש לרשיין אותם. לחיל האוויר יש פעילות משמעותית מאוד.

לדעתו יש הכרח שתמ"א 49 תכלול הגבלות בניה סביב בתי החולים. אי ההסדרה פוגעת הן בתכניות עתידיות סביב בתי החולים והן בפעילות השוטפת של המנחתים. חשוב מאוד לעשות עבודה מקדימה – הגורם המקצועי לכך הוא משרד הבריאות – אשר תמפה את פריסת המנחתים ותגבש אילו מנחתים חשובים שימשיכו לפעול ולאילו מנחתים אין צורך. לאחר מכן ניתן יהיה לקבוע הגבלות בניה סביב בתי החולים. אם התכנית לא תתייחס להיבטים תעופתיים בצורה מעמיקה ולא תקבע הגבלות תכשל בתפקידה.

עדנה לרמן – זו אכן עבודה חשובה והכרחית. יש דרישה רבה לנושא הן בהיבט העתידי והן כעת – ישנן תכניות מקודמות אשר צריך לתת להן מענה, למשל תכנית הדיור סביב בי"ח בילינסון.

עם זאת, זו לא ההגדרה של התמ"א ולא מה שסוכם בתחילת העבודה. יש לדון עם מזמיני העבודה האם יש צורך בהרחבת התמ"א אשר תכלול מיפוי מעמיק של כלל המנחתים בבתי החולים.

דדי מנשה – עמדת רת"א היא שצריך לערוך עבודה של כל הגורמים המקצועיים אשר תקבע אילו מנחתים צריכים להישמר והינם חלק ממערך המנחתים בבתי חולים. לאחר מכן יש לקבוע לכל בית חולים איזה סוג של מסוק צריך להיות בכל מנחת ומכך ניתן יהיה לקבוע הגבלות בניה.

חושב שיש לכוון את מרבית המנחתים בבתי החולים לאפשרות להיבנות על גגות הבניינים כך שהגבלות הבניה יצומצמו. אין בעיה מבחינה מבצעית לנחיתה על גגות הן מבחינת חיל האוויר והן מבחינת טיסות אזרחיות.

משה רונן – עמדת משרד הבריאות שבכל בית חולים אשר יוכל יש צורך במנחת מסוקים.

דדי מנשה – מנהל התכנון צריך לבחון האם הוא מוכן להטיל מגבלות בניה רבות כל כך סביב בתי החולים. לדעתו יש מנחתים אשר אין בהם צורך (העמק?) אך כמובן שהגורם המקצועי לכך הוא משרד הבריאות. המנחת בבילינסון חשוב שישמר ויש לסדר סטטוטורית את הגבלות הבניה סביבו.

אור זקן עמית – קיימים מנחתים בבתי חולים אשר לא נוחים ומסוכנים לשימוש.

רחל ברקן – חושבת שבמסגרת תמ"א 15/2 – תכנית מתאר ארצית לשדות תעופה ומנחתים לתעופה פנים ארצית ותעופה כללית – נכון היה להתייחס גם למנחתים בבתי חולים. מסכימה בהחלט

שעבודה זו היא חשובה מאוד אך יחד עם התכנית כפי שהיא כרגע יכולה לקבוע עקרונות אך לא הגבלות ברמה של תכנית מפורטת. ניתוח כל המנחתים בבתי החולים הינה עבודה גדולה ומורכבת אשר אינה כלולה במסגרת העבודה של תמ"א 49 ובמידת הצורך ניתן יהיה להרחיב את העבודה.

משה רונן – משרד הבריאות היה שותף בתמ"א 15/2 ואכן דרש שמנחתי בתי החולים יכללו בעבודה אך הייתה התנגדות לכך מצד מנהל התכנון.

עדנה לרמן – דדי מנשה הציג את הצורך בפתרון הנושא התעופתי סביב מנחתי בתי החולים. עבודה זו חורגת מגבולות העבודה של תמ"א 49. יש לערוך פגישה נוספת בנושא ולבחון כיצד להרחיב את העבודה.

דדי מנשה – לכל מנחת יש מורכבויות רבות. בסורוקה המנחת מוסדר סטטוטורית אך לא שומרים על הגבלות הבניה מסביב, המנחת באיכילוב כמעט ולא שמיש בגלל התנגדויות של שכנים, המנחת ברמב"ם פועל בצורה מצוינת אך העירייה מתכננת להקים טיילת בצמוד למנחת והוא ככל הנראה יצטרך להעתיק את מיקומו ויש עוד דוגמאות רבות. חושב שחיל האוויר יכול די בקלות לערוך סקר כולל למנחתים בבתי חולים ולקבוע היכן יש צורך מבצעי במנחתים. לא מסכים שבמסגרת תמ"א 15/2 יש לכלול הסדרה של מנחתי בתי החולים.

משה רונן – העבודה על מיפוי והצורך למנחתי בתי חולים צריכה להיעשות על ידי משרד הבריאות.

רחל ברקן – בישיבה הקודמת סוכם כי משרד הבריאות יעביר את התייחסותו לנושא.

פיאנה קרנץ – צריך לכלול גם את המנחתים העתידיים בבתי החולים.

דדי מנשה ואור זקן עמית – מבחינה מבצעית והנדסית ניתן לנחות על גגות אך לא תמיד עושים זאת מכיוון שהסביבה לא תמיד ערוכה לכך. לכן חשוב מאוד לקבוע את ההגבלות סביב המנחתים.

ליאור בורג – ישנה חשיבות להנחית פצועים כמה שיותר קרוב למחלקות הטיפול בבית החולים ועל כן מיקום המנחת חשוב מאוד. מבחינה זו יש יתרון למנחתים על גג המבנה.

דדי מנשה – בתמ"א 15/2 קבעו כתמים חומים סביב המנחתים ובהם חלים הגבלות הבניה. כאשר ירצו בעתיד לבנות באזור ניתן יהיה לבחון את המצב וההגבלות.

רחל ברקן – במנחתים שליווה ת"א אילו הוראות בטיחות נשמרות?

דדי מנשה – התקנות הן תקנות ישנות מ- 1975 של ה- FIA. מנהל רת"א הוציא הנחיה לעדכן את תקנות המנחתים שאמורים להסתיים לקראת סוף 2021.

אור זקן עמית – בכל מקום שבו ניתן מעדכנים את ההנחיות. בבי"ח ברזילי למשל.

משה רונן - צריך להעלות סוגיה זו לדיון.

רחל ברקן – במנחת בבילינסון צריך להיעשות מחקר מעמיק כמו זה שנעשה בסורוקה (הועבר למשתתפים).

עדנה לרמן – משרד הבריאות צריך לזמן פגישה בנושא הרחבת העבודה של תמ"א 49 בנוגע למנחתים.

דדי מנשה – ישמח להשתתף בכל דיון בנושא ולהציג את עמדת רת"א.

26.11.2020 - ישיבה בנושא מנחתים, מנהל התכנון

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: משה רונן, ניר כספי, נועם הירש.

מנהל התכנון: רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ, אסף אנטמן.

משרד הביטחון: אלון ישעיהו, ליאור בורג, אומרי צ'יפורט, שחר אלוני.

חיל האוויר: משה בר-גיל, ליאור בורג.

רת"א: אור זקן עמית.

צוות התכנון: עדנה לרמן, רחל ברקן, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

עדנה לרמן –מנחתים בבתי חולים–קיימים כ- 19 מנחתים בבתי חולים (נשלח סקר מצב קיים שערך צוות התכנון) אשר רק מעט מהם מאושרים בתב"עות ומשום כך אין הגבלות בניה מעוגנות השומרות על המשך תפקודם של המנחתים. תכניות פיתוח חדשות סביב בתי חולים פוגעות בהמשך קיומם של המנחתים. בפגישה שנערכה ביום שלישי האחרון (24.11.20) בין צוות התכנון ורת"א דדי מנשה (מנהל מחלקת שדות תעופה והגבלות בנייה) ציין כי מצב זה אינו יכול להימשך ואם לא תהיה הסדרה של נושא המנחתים בבתי החולים מרביתם יבוטלו – תהליך שקורה כבר כעת. רת"א מצפה שתמ"א 49 תסדיר סטטוטורית את מנחתי בתי החולים השונים ובעיקר את מגבלות הבניה סביבם. מכאן עולות כמה שאלו:

- האם בקביעת הצורך במנחת מסוקים קיימת עדיפות בין בתי החולים ואיך זה משפיע על תפקוד ביה"ח בזמן רגיעה, אסון או מלחמה?
- האם לכל בי"ח צריך מנחת ולאיזה סוג מסוק? מי הגוף/ים האחראיים לקבלת החלטות בנושא?
- במידה ומחליטים על מסוק על גג בניה גבוהה במקום מנחת קרקעי, מהי דרך קבלת החלטות?

עמדת משרד הבריאות כיום היא שלכל בי"ח צריך שיהיה מנחת.

יועצת התעופה רחל ברקן ערכה נייר ובו צוינו ההבדלים בשיטות העבודה בין תמ"א 15 ותמ"א 15/2 (נשלח למשתתפי הפגישה) בניסיון להבין איזה רמת עבודה נדרשת בתמ"א 49. תמ"א 15 בחנה את כל שדות התעופה הקיימים והמתוכננים. התכנית עיגנה את רשימת שדות התעופה והסיווג שלהם, כללה עקרונות להכנת תכניות מפורטות לשדות התעופה המסומנים בתכנית, מסמכים שיידרשו בתכנית מפורטת ומה יידרש לעת ההקמה. תמ"א 15/2 מעמיקה הרבה יותר בכל אחד מהמנחתים, קובעת את רשימת האתרים לשדות תעופה הכללית, קובעת את הפוליגון הקרקעי והגבלות בניה של כל אתר.

צריך לקבוע לאיזו רמת פירוט ואיזו עבודה נדרשת כחלק מתמ"א 49.

רחל ברקן – לא חושבת ששיטת העבודה המיושמת בתמ"א 15/2 מתאימה לעבודת תמ"א 49. בתמ"א 15/2 יש רמת פירוט של תכנית מפורטת לכל בית חולים – מה שמצריך עבודה מקצועית נרחבת. בנוסף, מה עושים עם בתי חולים עתידיים שעדיין לא ידוע מיקומם?

נועם הירש – מה היו ההנחיות במכרז לתמ"א 49?

עדנה לרמן – הנחיות כלליות.

משה רונן – הגנה על מנחתים בבתי חולים היתה אחת הסיבות העיקריות לקידום התמ"א. חשוב מאוד שתמ"א 49 תכלול הסדרה סטטוטורית של המנחתים בבתי החולים ומצפים לכך. התכנית

צריכה לכלול את כל ההיבטים אשר משפיעים על תפקודם של בתי החולים והמנחתים הם חלק מכך. ישנם 4 בתי חולים אשר להן תכניות עם מנחתים. זה חלק אינטגרלי מהתכנית ומהגדרת העבודה. מבחינתנו התמ"א חייבת לקבוע מגבלות בניה למנחתים קיימים ולהתייחס למנחתים עתידיים. בבתי חולים מתוכננים. ניתן לקבוע מגבלות בניה רחבות יותר ולצמצם אותן במסגרת התכנון המפורט.

עדנה לרמן – אין ספק שהמנחתים יכללו בעבודת תמ"א 49 אך השאלה היא רמת הפירוט הנדרשת. למשל, העבודה הנעשית כיום בברזילי היא עבודה מקצועית מפורטת מאוד שלא ניתן לעשות ברזולוציה כזו בתמ"א 49 מבלי להרחיב את העבודה. התכנית יכולה לקבוע עקרונות תכנוניים ואילו צרכים יידרשו מתכניות מפורטות בעתיד סביב בתי החולים.

אלון ישעיהו – הסיטואציה היום היא שרק ערנות מקצועית של נציגי משרד הביטחון בועדות המחוזיות מונעות פגיעה במנחתים. מצב זה לא יכול להימשך ויש הכרח שתמ"א 49 תתן לכך פיתרון, אין טעם בביסוס עקרונות תכנון. משרד הבריאות כגורם המקצועי צריך להחליט על היררכיה של המנחתים ועל פי כך תפעל תמ"א 49.

רונית מזר - מסכימה עם אלון. בתמ"א 15/2 לא הצליחו לכלול גם מנחתים לבתי חולים. צריך לעשות ניתוח מרחבי של המנחתים הקיימים ולקבוע בכל אחד מהם איזו סוג פעילות נדרשת (מנחת ליסעור, ינשוף או אחר). כך תוכל התמ"א לסמן פוליגון מגבלות סביבו. האם קיימים קונוסי מגבלות למנחתים הקיימים?

אלון ישעיהו – בחיל האוויר קיים המידע ואין שום בעיה להעבירו לצוות התכנון.

רחל ברקן – חומר זה ביקשנו כבר בפגישה הקודמת, נשמח מאוד לקבלו.

נועם הירש – הידע קיים וניתן לקבל אותו. לקופ"ח כללית יש יועצת מיוחדת בנושא וכדאי ליצור גם איתה קשר. חשוב להזכיר שהייתה התחייבות של מנהל התכנון בנוגע לעיגון המנחתים בבתי החולים במסגרת התכנית.

רונית מזר – צריך לבחון כיצד התמ"א תתן מענה לרזולוציה הזו אולי כנספח. יש גם בעיות משפטיות שיש להיערך אליהם.

נועם הירש - נהיה חשופים לתביעות לפי סעיף 197 אבל יודעים להתמודד עם כך. עמדת משרד הבריאות היא שלכל בית חולים צריך להיות מנחת.

שחר אלוני – בתמ"א 49 חייבת להיות הסדרה סטטוטורית למנחתים בבתי החולים. כל עוד העניין לא מעוגן בהיררכיה התכנונית קשה מאוד להגן על המשך הפעילות של רוב המנחתים. ישמחו לשתף פעולה עם צוות התכנון.

רחלי קולסקי- נדרש לקבוע היכן חייב לנחות יסעור לשם שמירת המגבלות.

משה בר-גיל –

1. חיל האוויר מאותגר יום יום בניהול השוטף של פעילות המנחתים בבתי החולים. הפסקת הפעילות בבתי החולים מאיר ולניאדו הן רק דוגמאות לכך. חיל האוויר מעוניין לתת את השירות הכי טוב לאזרחי ישראל אבל בלי הגנה סטטוטורית למנחתים אין לו יכולת לכך. מדינת ישראל צריכה להחליט שהמנחתים האלו הן תשתית אסטרטגית ולהגן עליה. כיום אם נציגי משרד הביטחון לא שמים לב לעניין בוועדות המחוזיות מנחתים פשוט מתבטלים.
2. צריכה להיעשות עבודה של כלל הגופים המקצועיים ובראשם משרד הבריאות ולמפות מקצועית את תפקודם של המנחתים בראיה ארצית ואזורית. בפועל מנחתים רבים בבתי חולים אינם שמישים ולכן לא מבין את העמדה שכל בי"ח צריך מנחת.

3. מנחתי קרקע – כברירת מחדל חיל האוויר לא נוחת על מנחתי גגות. מנחתים על גגות לרוב מיועדים למסוקים קטנים ויש צורך פעמים רבות במסוקים גדולים יותר. חושב שכדאי בנוסף לקיומו של מנחת קרקע בבית חולים יש לעגן סטטוטורית אפשרות עתידית גם להקמה של מנחת גג.
4. עיגון מגבלות בניה סביב מנחתי בתי חולים – חייבת להיות הסדרה כוללת בנושא אם במסגרת תמ"א 49, הרחבה של התכנית או כל דרך תכנונית אחרת. ככל וישנה פגיעה בתכניות אחרות חייבת להתקבל החלטה על סדר עדיפות.
5. מישורי גישה – מונח מקצועי לשטח ביטחון של מסלולי נחיתה והמראה סביב מנחתים. יש הבדל בין התקינה הצבאית לזו של רת"א. חיל האוויר "מיישר קו" עם התקינה האזרחית מחוץ לבסיסי צה"ל.

אור זקן עמית – ככל שהתמ"א לא תקבע הגבלות בניה סביב מנחתי בתי החולים היא תחטא מקצועית. מנהלי בתי החולים נלחמים כל הזמן נגד תכניות בניה אשר פוגעות בתפקוד המנחתים ואין להם כלים לכך. בנושא התקינה, רת"א עובדים לפי הגבלות ה- IFA והן מיושנות מאוד, משנת 1975, וכעת עובדים על עדכונם לפי ה- ICAO. ה- ICAO לא שומר על מישורי מעבר אך ברת"א סבורים שיש לאמץ מישורי מעבר. ככל ולא יעוגנו מגבלות בניה ייווצר מצב שבו רת"א לא יאשרו מנחתים מראש בגלל הבניה הצפויה סביבם.

רונית מזר – מה ההגבלות בבי"ח לניאדו?

משה בר-גיל – הוקמה טיילת עם פרגולות ועמודי תאורה המפריעות לתפקוד המנחת.

ניר כספי – משרד הבריאות לא מוכן לוותר על פעילות המנחת בלניאדו.

רונית מזר – זאת סיבה לא הגיונית להפסקת הפעילות של המנחת ויש לבחון מול עיריית נתניה איך אפשר לפתור את הבעיה.

רונית מזר - סיכום:

משרד הבריאות - יערוך סקירה של כלל המנחתים בבתי החולים ויקבע את הצורך בכל אחד מהם (יסעור או ינשוף, קרקע או גג). לאחר מכן צוות התכנון יוכל להתקדם בעבודה ולקיים פגישות עם חיל האוויר ורת"א.

נתכוון לתמ"א מתארית עם נספחים בקנה מידה 1:20,000 לבתי חולים קיימים עם הגדרת מנחתים ומגבלות.

ניר כספי – תוך שבוע יעביר משרד הבריאות עבודה זו.

8.12.2020 - פגישה עם לשכת תכנון מחוז צפון

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

דקלה עדי פרץ, ניצן בלין, רז עפרון – מינהל התכנון, מחוז צפון ; רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ - מנהל התכנון

צוות התכנון:

עדנה לרמן, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

דקלה עדי פרץ – מבחינת המחוז ביה"ח העתידי בגלעם אינו צריך להיות ביה"ח הגדול/שלישוני והמוביל במחוז שכן הוא קרוב מאוד לביה"ח רמב"ם ומנציח את חוסר האיזון של השירות במחוז הצפון.

עדנה לרמן –יש רצון לקידום ביה"ח בגלעם. צוות התכנון חושב שמבחינת פריסה ושירות מרחבי רצוי לשקול אלטרנטיבות כמו למשל בי"ח זיו היכול לתת מענה טוב מאוד לאזור הצפון.

דקלה עדי פרץ – מסכימה שהמיקום המרחבי טוב מאוד אך יש בעיה של נגישות לביה"ח. לא מתוכננים כבישים ראשיים ומרכזיים לצפת.

עדנה לרמן - שתי החלופות הן שני קצוות הנעות על ציר בין מיקוד לביזור. מדגישה בנוסף את הצורך בפיתוח וניצול המוסדות הקטנים במחוז ופיתוח מערכת תומכת של מוסדות בינוניים וקטנים ושירותים משלימים נוספים של שירותים בקהילה (קופ"ח) אשר יגדילו את הנגישות לטיפול רפואי.

ניצן בלין – החלופה המבוזרת אמנם מאפשרת נגישות טובה יותר אך בתי חולים קטנים יותר אינם יאפשרו פיתוח של שירותי רפואה איכותיים ברמה הגבוהה ביותר. בי"ח שלישוני צריך להיות נגיש, אולי כדאי למקם ליד אמצעי תחבורה כגון תחנת רכבת.

עדנה לרמן –בחלופה בתי החולים המוצעים הם בסדר גודל של 600 – 700 מיטות אשפוז המאפשרים לביה"ח להגיע לידע מקצועי ברמה גבוהה. בי"ח הלל יפה כיום הינו בהיקף של כ- 500 מיטות אשפוז כללי ברמה גבוהה והוא מתוכנן להכפיל את עצמו. גם בי"ח העמק יכול להגיע להיקף מיטות גבוה ולתפקד כבי"ח גדול/שלישוני יש לו שטח קרקע להתפתחות אבל הוא משרת פחות טוב את אזור הצפון, יש שיקולים לכאן ולכאן בקביעת ביה"ח הגדול הנוסף.

דקלה עדי פרץ –

- בתכנית האסטרטגית לצפון, עפולה מתוכננת ל – 200,000 תושבים – אזור בעל התפתחות משמעותית מאוד. כמו כן ביה"ח העמק הינו בעל פוטנציאל פיתוח.
- בתכנית הכוללנית אשר מקודמת ליישובי בקעת בית הכרם ישנו איתור במג'דל כרום – אולם לא בטוחה שזהו מקום אידיאלי לבי"ח גדול/שלישוני. ייתכן וניתן לנצלו לבי"ח בינוני.

רז עפרון – קיימת אפליקציה ובה ניתן להתעדכן בנתוני התכנית האסטרטגית.

עדנה לרמן – בכרמיאל מקודמת תכנית לקמה של בי"ח שיקומי כאשר בשלבים מאוחרים יותר יהפוך לבי"ח כללי, בעל 80 – 90 דונם.

דקלה עדי פרץ – חושבת שהישימות של החלופה המבוזרת אינה גבוהה מאחר והיא מציעה מספר רב של מוסדות שאין היא רואה אפשרות לישימות הקמתם.

יש כמה מיקומים אפשריים לבתי חולים חדשים:

- **במסגרת תכנית כוללנית מג'דל כרום.**
- **במסגרת התכנית האסטרטגית לבקעת סכנין.**
- **באזור בקעת בית הכרם או לב הגליל.**

כמו כן יש אפשרות להגדלה משמעותית של בי"ח העמק, זיו, פוריה.

רז עפרון – לבי"ח זיו יש בעיות נגישות. במיוחד עבור תושבי אצבע הגליל ורמת הגולן, זמן הנסיעה ארוך. בית הכרם ואזור סכנין הם מיקומים אפשריים לבי"ח. יש אפשרות להרחבת שטח ביה"ח בנהריה על חשבון אזורי תעסוקה סמוכים.

עדנה לרמן – המיקום המרחבי של בי"ח זיו טוב אך הנגישות המקומית פחות טובה. חשוב לזכור שבי"ח קיים הרבה יותר קל לפיתוח מאשר הקמה של בי"ח חדש.

חלופות פריסה ופיתוח לאשפוז גריאטרי:

צוות התכנון גורס כי לכל בי"ח כללי בעתיד חייבת שתהיה לו מחלקה לאשפוז גריאטרי. יש לכך יתרונות תפקודיים וקיים צורך הכרחי לפיתוח שירותים גריאטריים על מנת לאפשר מתן מענה לצורך הגדול. כיום המחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים מלאות בחולים גריאטריים אשר אמורים להיות במחלקות מיועדות לאשפוז גריאטרי.

רז עפרון –

- יבדוק את התכנית להרחבת ביה"ח בנהריה.
- מקודמות כיום 2 תכניות גדולות במחוז באזור צומת כברי במשולש בן עמי ובשתיהן מדובר על פיתוח מתחמי תעסוקה ומחקר אשר להם קשר עם בתי חולים.
- בכרמיאל יש הרחבה גדולה של אזור תעשייה.
- סביב בי"ח זיו קיים פוטנציאל מוגבל להרחבה.
- בקרבת בי"ח זיו, באזור רמת רזים מקודמת תכנית להקמת פקולטה לרפואה ושימושי תומכים – אזור אשר עתיד להיות בעל נגישות גבוהה – חיבור עתידי מכביש 89, כביש מראש פינה לצפת. ייתכן שניתן לפתח בו שלוחה של בי"ח זיו.
- סביב בי"ח העמק יש פוטנציאל גדול להרחבה.
- בסכנין – שטח של 200 – 250 דונם קרקעות מדינה אשר מיועד להרחבת אזור התעסוקה עם תעסוקה רפואית.

רחלי קולסקי – האם יש אזורי תעסוקה שלא ימומשו ובהם ניתן להקים בתי חולים?

עדנה לרמן – מתכנן המחוז ביקש במפגש הקודם לשלב את ביה"ח העתידי במרקם עירוני.

דקלה עדי פרץ – בסכנין ובערבה מתוכננים אזורי תעסוקה. צריך לבדוק את עניין בעלויות הקרקעות.

רחלי קולסקי – מנהל התכנון מעדיפים לתכנן רק על קרקעות של מדינה. יכול להיות שיהיו השלמות בקרקעות פרטיות.

דקלה עדי פרץ – במג'דל כרום הקרקע אינה של המדינה. צריך אולי להוסיף לקריטריונים לבחינת חלופות את נושא הבעלות על הקרקעות.

9.12.2020 - ישיבה עם לשכת תכנון מחוז ירושלים

מקום: זום

משתתפים:

מחוז ירושלים, מנהל התכנון: שירה תלמי מתכננת המחוז, גידי בן עמי סגן מתכננת המחוז

לשכת בריאות מחוז ירושלים: טליה שוסברגר, זהבה סדן, קיריל פקטה

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות התכנון:

עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, יצחק מרום, אורית נבו תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

שירה תלמי –

- צריך לבחון את התכניות הקיימות והמקודמות, קיימת תב"ע לבתי החולים הדסה הר הצופים ושערי צדק. גם ביה"ח הדסה עין כרם בתהליך תכנון. ביה"ח שערי צדק אמור לשלש את שטחו בתכנון החדש.
- נציג המחוז שילווה את תמ"א 49 הוא **גידי בן עמי.**
- **בית שמש** - חושבת שביה"ח חדש בבית שמש נכון מבחינת פריסת שירות לתושבי המחוז. תכנית האב שבהכנה לה מתכננת לכ 360,000 (עם רקע של 500,000) תושבים. בית שמש אמורה להיות עיר מרכזית שתיתן שירותים למרחב הכפרי שסביבה
- **מודיעין** – לפי תכנית המתאר העיר מתוכננת לגדול לכ- 250,000 תושבים. בטוחה שראש העיר ישמח לקדם ביה"ח בעיר. צריך לבחון האם נכון למקם שם ביה"ח.
- **מזרח ירושלים** – למרות הצורך הגדול לשירותים לאוכלוסייה אין שטח במזרח העיר להקמת ביה"ח בסדר הגודל הנדרש (ישנו קושי למצוא שטח לביה"ס אז כל שכן ביה"ח).
- **שירות בתוך העיר ירושלים** – חושבת שיש להמשיך את השירות באמצעות שלושת בתי החולים הגדולים הקיימים (**הדסה עין כרם, הדסה הר הצופים ושערי צדק).**

עדנה לרמן–קיימת דרישה למתן שירותי אשפוז לתושבי יו"ש. נדרשות כ- 1,450 מיטות אשפוז כללי עבור אוכלוסייה זו. יש לחשוב היכן יקבלו מענה עתידי. כיום אוכלוסיית יו"ש מקבלת מענה רפואי בשלושה מחוזות עיקריים: י"ם, מרכז ודרום בחלוקה לשלושת המחוזות, במחוז ירושלים יהיה צורך ב- 500 מיטות אשפוז נוספות.

משה רונן – התמ"א מתייחסת לגבי שטחיה הריבוניים של מדינת ישראל. ביה"ח בבית שמש יכול לתת מענה חלקי לתושבי יו"ש.

טליה שוסברגר –

- **תכנית מתאר י"ם משנת 2000** – ציינה שלא יקומו בתי חולים חדשים בעיר אלא יפותחו אלו הקיימים.

- לדעתה התמ"א צריכה לשריין מקסימום שטחים עתידיים לצרכים עתידיים. פיתוח מערכת הבריאות עלול להמצא במחסור ויש להבטיח סטטוטורית את פיתוחה ומשאביה העתידיים. עדיף שיהיו רזרבות ובמידת הצורך לוותר על שטח ייעודי.
- מענה לתושבי יו"ש – **בי"ח במודיעין** יכול לתת מענה חלקי לתושבים יו"ש.
- **בי"ח הרצוג** – בבית החולים הרצוג (בי"ח גריאטרי-פסיכיאטרי) שנשמט מהמצגת ישגם מחלקות גריאטריות.
- **משגב לדך** – כיום השטח משוריין לבית חולים. נמצא בבעלות קופ"ח מאוחדת . חשוב לשמר במסגרת התמ"א ולא לאפשר שינוי יעוד חטיבת הקרקע אינה מנוצלת היטב, עשוי לשמש כשלוחת בית חולים בעתיד, ככל וימצא צורך.
- **הסהר האדום** – קיימת תב"ע מאושרת למשכן חדש לביה"ח במתחם מלון פאלאס לשעבר.
- **בתי חולים במזרח ירושלים** – בתי חולים רבים במזרח העיר נותנים שירותי רפואה לאנשים ללא ביטוח לאומי/רפואי, עובדים זרים וככל הנראה גם את תושבי הרשות הפלסטינית.
- **שערי צדק** – ביה"ח יגיע לקצה יכולת הפיתוח שלו תוך כעשרים שנה. קיימת מגבלת גובה בגלל קרבתו להר הרצל. קיימים שטחים של מגרשי האימונים של קבוצת בית"ר י"ם בסמוך לביה"ח אשר יכולים להוות שטחים רזרביים לפיתוח ביה"ח.
- **הדסה הר הצופים** – בגלל הסכם הבראה יש תכנון להעברת חטיבת קרקע לשכונה ואולי במסגרת תמ"א 49 ניתן לשקול נחיצות מעבר זה ויתכן שימצא הסדר אחר שיאפשר לשמור על הקרקע.

זהבה סדן –

- **בי"ח אוגוסטה ויקטוריה** – אושרה הרחבה של ביה"ח, בניין חדש המיועד לאשפוז גריאטרי.
- **בי"ח סנט ג'וזף** – קיימת תכנית להרחבת ביה"ח.

שירה תלמי – המחוז ישמח לקבל אינפורמציה מצוות תכנון תמ"א 49 בנוגע להרחבות של בתי החולים במחוז. לצוות התכנון יש ראיה מערכתית ארצית רחבה וממנה ניתן ללמוד אם ההרחבות בבתי החולים בעיר מתאימות מבחינת צפי גידול האוכלוסייה או יש לבצע התאמות.

10.12.2020 - ישיבה עם לשכת תכנון מחוז מרכז

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

מחוז מרכז: גיא קפלן, שירה ברנד, טלי אלברט, עדית קרמר

צוות התכנון:

עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', רינה דגני, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי, גלי פרוינד

גיא קפלן – תכניות רבות במחוז מקודמות כרגע – קפלן, אסף הרופא ואיגום המשאבים עם באר יעקב ונס ציונה, בי"ח דורות בנתניה ובי"ח נוסף במזרח נתניה. עבודת התמ"א חשובה מאוד עבור המטרופולין, לצד העבודה במחוז על ייעול השימוש בקרקע.

עדנה לרמן – הציגה את **עיקרי התכנית, הדרישה למיטות אשפוז כללי במחוז מרכז (ותל אביב) וחלופות הפריסה והפיתוח למחוז**.

גיא קפלן – מה הגודל של מוסד גדול לטעמכם?

עדנה לרמן –

- בי"ח כללי גדול (קרית בריאות) צריך בין 200-300 דונם,
- במחוז מרכז ניתן לבנות את מוסדות האשפוז לגובה.
- בנוסף מפותח דגם עקרוני עבור בתי חולים גריאטריים ובתי חולים פסיכיאטריים.

גיא קפלן – לאשפוז פסיכיאטרי נדרשת בנייה נמוכה יותר.

עדנה לרמן – ייתכן, אך לאור הרפורמה והמעבר לטיפול פסיכיאטרי בקהילה, לא יהיה צורך אשפוזי רב כמו באשפוז הכללי והגריאטרי.

שירה ברנד – בקפלן יש 700 דונם ואישרנו להם להגדיל את ביה"ח לכדי 1,000 מיטות.

ניר כספי –

- לגודל השטח אין בהכרח קשר ישיר להיקף המיטות, הצרכים שונים בין אשפוז כללי לגריאטרי לפסיכיאטרי וכו'.
- אנחנו לא ערוכים במשרד הבריאות לפתיחה כיום של בי"ח עם 1,000 מיטות בבת אחת. כל בי"ח יהיה בי"ח צומח שיגדל להיקף המתוכנן.

שירה ברנד – בהמשך לדברים שאתם מציגים, נראה כי על אף ההצעות שאנחנו מקבלים לסחור בשטחי בתי החולים, אסור לנו לוותר על אף דונם.

תמי סתו – גם אחרי המעבר של 15% מהטיפול לקהילה – עדיין צריך בפיתוח שירותי אשפוז והקמת בתי חולים בהיקף נרחב, חשוב לשמור על עתודות הקרקע.

עדנה לרמן –

- הקמת בתי חולים נוספים – התמ"א עוסקת בהבטחת האפשרות לממש את הצרכים העתידיים ע"י הקצאת הקרקע הנדרשת. מימוש הבניה בפועל יהיה נתון לשיקולים והחלטות בזמני ההקמה.
- **טיפול פסיכיאטרי** – פרופ' גיל זלצמן, מנכ"ל גהה, רואה את הטיפול הפסיכיאטרי בבתי חולים כטיפול אקוטי ופורנזי בלבד לתקופות זמן מוגבלות שניתן לבנות עבורו גם בבניה גבוהה.

שירה ברנד – **חלופות מרחביות** – חסר מיקום בי"ח דורות בחלופות המרחביות? הסימונים של מיקומי בתי החולים על המפה עלולים ליצור מצג שווא, צריך להחליט על מיקום ורק לאחר מכן להציגו.

עדנה לרמן – אלה כרגע חלופות סכמטיות בלבד, מלבד מודיעין אין מיקום ספציפי לשאר בתי החולים. דורות כרגע מוגדר גריאטרי, לכן יוצג בחלופה הגריאטרית ולא הכללית. על שאר המיקומים נרצה להחליט איתכם במשותף.

גיא קפלן –

- בשביל להציע מיקומים ושטחים אנחנו צריכים להבין כמה דונם נדרשים לכל בי"ח.
- צריך להיות ממוקדים מבחינת שימוש הקרקע והצרכים. חשוב שיהיה ניצול נכון ויעיל של הקרקע, כך שיספק את צרכי בית החולים. קיימת מצוקת שטחים לפיתוח עתידי.
- **מגיפות וחירום** – לא ניתנה התייחסות בהצגה לנושא של מצבי חירום. הפתרונות היום הם באמצעות בתי החולים הקיימים, ללא בתי חולים שדה. האם נידונו תרחישים למצבים אחרים שאיננו יודעים כרגע לצפותם?

עדנה לרמן – מבחינת שימוש יעיל בקרקע, אנחנו בעד חנייה תת-קרקעית, אך כרגע כרוך בעלויות כבדות.

משה רונן –

- היערכות לשעת חירום – לא בטוח שהמקום של תרחיש חירום שכזה נמצא בתמ"א.
- בזמן הקורונה משרד הבריאות יצר במשותף עם דלית זילבר פטור מרישוי בניה זמנית בבתי חולים.

גיא קפלן – האם התמ"א עוסקת בחירום? לפעמים תוספת של 20% בקיבולת ביה"ח מאפשרת מוכנות לחירום. חשוב לתת מענה תכנוני לשעת חירום. בזמני חירום הפכו את החניונים למחלקות, אולי אפשר יהיה להסב כך את החניונים גם בעתיד, וייתכן שזה יענה על צרכים עתידיים נוספים.

תמי סתו – לדעתי הבעיה בחירום אינה רק התשתית אלא גם כוח האדם.

שירה ברנד – האישור שניתן ע"י השר דרעי הסתמך על כך שהיה שטח פנוי. בעוד כ-20 שנה לא יהיה שטח פנוי, והצורך שוב יעלה בשעת חירום.

עדנה לרמן – זו נקודה חשובה. עד כה מצבי החירום היו ביטחוניים ואפשר לראות את ההיערכות ברמב"ם וסורוקה, אבל היערכות כוללת לפנדמיה עדיין אין.

13.12.2020 - פגישה עם פורום מומחים מאונ' בן גוריון בנגב

משתתפים:

פרופ' דן גרינברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה למדעי הבריאות ובפקולטה לניהול באוניברסיטת בן גוריון בנגב; פרופ' גבי בן נון – המחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה לניהול באוניברסיטת בן גוריון בנגב; פרופ' אבישי גולדברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות ובמחלקה לרפואת חירום, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

צוות תכנון תמ"א 49: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב-יגודה, תמי סתו, חן הררי, גלי פרוינד.

גבי בן נון –

- **טווח ומספר מיטות** – בבי"ח שלישוני, 1,400-2,400 מיטות זה טווח גדול מדי ומספר מיטות גבוה מדי. בשלב כזה מתחילים להופיע חסרונות לגודל. מציע להקטין לכדי 1,000-1,500 מיטות סה"כ.
- אני מתייחס לעניין של קמפוס של בי"ח יחיד. במידה ומדובר על סניפים של בי"ח כללי, למשל פלימן עם רמב"ם, באר יעקב עם אסף הרופא, אז אני פחות ביקורתי כלפי מספר המיטות.
- יש יותר מדי מיטות פסיכיאטריה.
- מרכז מוח הוא לא חלק מפסיכיאטריה אלא מאשפוז כללי, משויך לנוירולוגיה.
- לא בטוח שצריך לשמור מקום עבור מלונית.
- בבי"ח בינוני, שוב, מספר מיטות גדול מדי ויותר מדי מיטות לבריאות הנפש.

נדב דודוביץ' – אני מציע שנזכור שהתכנון הוא לשנת 2050, הכפלת האוכלוסייה.

גבי בן נון – צריך לחזור לדיון הקודם בנוגע לגודל אופטימלי של בתי חולים. נסו אולי לעשות חשבון הפוך – כמה מיטות סה"כ צריך ומשם איך לחלק את המיטות. צריך תחילה לנצל את הקרקע הקיימת.

תמי סתו – הפרוגרמה מתייחסת לפרוגרמות קיימות לבתי חולים קיימים ומתוכננים. האם יש פונקציות נוספות או שונות להתייחס אליהן?

אבישי גולדברג –

- מסכים עם גבי שביה"ח שהוצעו גדולים מדי.
- לא מבין מדוע במרכז רפואי שלישוני ההקצאה למיטת אשפוז כללי (ברוטו חלקי) גדולה יותר לעומת מרכז רפואי בינוני?
- יש צורך לדבר על יתרון או חיסרון לגודל מבחינת מוטת שליטה של בתי חולים.
- בשל חוסר פיתוח כוח האדם, קשה לאשר פרוגרמות כאלה – לא יהיו מספיק רופאים.
- מסכים מאוד עם העניין של קריה רפואית ובה הנהלה פנימית מבוזרת.

עדנה לרמן – בהחלט אפשר לפתח בנפרד את הקריה הרפואית וביזור המוסדות.

אבישי גולדברג –

- בביה"ח הבינוני אין איזון, יוצא שחצי מביה"ח הכללי הוא גריאטרי.
- לא ברור איזה משקל יש בפרוגרמה לכך שהגריאטריה והפסיכיאטריה עברו ברובן לקהילה.

- **מלוניות** – הקמת המלוניות נולדה בחטא. המלוניות פינו מיטות אשפוז אך אני לא בעדן. לא איכפת לי אם גורמים פרטיים יבנו מלונית בצמוד לביה"ח.
- **בי"ס לאחיות** – מדוע שלוחה אקדמית בתוך ביה"ח אינה מספיקה, וצריך בי"ס לאחיות?
- **רובוטיקה** – לא ברור כיצד הטכנולוגיה נכנסה לחישובי השטחים.

עדנה לרמן – מסכימה בהחלט, אנחנו לא יודעים איך ייראה בדיוק ביה"ח העתידי. אנחנו ניתן גמישות בשימושים, זו רק דרך חישוב. ייתכן ונציג קונספט ארגוני אחר.

נדב דוידוביץ' – יש צורך בהוספת שקף או שניים על ביה"ח העתידי.

דן גרינברג –

- **גודל בי"ח** – בי"ח לדעתי דווקא יכול להיות גדול, אולי לא עד כדי כך גדול, אבל לא בטוח שיש צורך בכל מרכזי הכנסים שלא בהכרח יתקיימו כך בעתיד, ומצד שני ייתכן וגודל החדרים יגדל.
- **מנחתים** – בעבר לא נתנו לבנות לגובה בשל השפעות של מנחתים, יש לקחת זאת בחשבון.
- **חניונים** – אני בעד ניצול קרקע לעומק, תוך בניית החניון בצורה מגוונת, שמאפשרת שימושים שונים, דבר שנכון עבור כל התכנון העתידי של ביה"ח.
- **הקצאת שטחים** – לדעתי צריך לתפוס כמה שיותר שטח, ואם בעתיד הוא לא יהיה מבונה, יוכל לשמש כפארק.
- **מגורי צוות רפואי** – אני בעד שמירת מקום והגדרת מרחב מגורים לצוות הרפואי, אולי בשילוב עם קרית חינוך. אין דבר נוח יותר לצוות מאשר מגורים בבית החולים, דבר שהוכיח את עצמו בשיבא. ניתן לבנות את מגורי הצוות לגובה.

14.12.2020 - פגישה עם לשכת תכנון מחוז תל אביב

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

מחוז תל אביב: חווה ארליך, דניאלה פוסק, טלי דותן, יעקב קרייזלר, ולרי פוהורילס.

צוות התכנון: עדנה לרמן, רינה דגני, עדי ניב יגודה, תמי סתיו, יצחק מרום, אורית נבו, חן הררי, גלי פרוינד

דניאלה פוסק –

- למרות שצוות התכנית עובד על התכנית כבר שנה, זה דיון ראשון עמנו וחסרה לי התייחסות על חזון התכנית. צללנו מהר מדי לחישובים בנושא מיטות ושטחים. צריך להבהיר איך ביה"ח משתלב במרקם העירוני, יוצא מהקמפוס.
- בתפקידי כמתכננת מחוז מרכז בעבר ומכיוון שלא הייתה תכנית אסטרטגית, ביקשתי לשריין 200 דונם על כביש 57 ליד כפר יונה לטובת מוסד בריאות, ומשרד הבריאות התנגד בזמנו.
- לפי החישובים שלנו בשנת 2050 יהיו 7 מיליון תושבים במטרופולין ת"א. בשל הפערים בין צוות התכנון לבין תפיסת המחוזות, צריך לתכנון לפי קיבולת ולא לפי שנת יעד.
- צריך לשריין כל פיסת קרקע אפשרית לטובת מוסדות בריאות, הביקוש רק יגבר וישלח אותנו לבנות בתי חולים בשולי הערים, רע מאוד עבור השטחים הפתוחים.
- בי"ח עתידי יוכל להתקיים על חטיבות קרקע וצורות בינוי מגוונות, למשל מגדל, ולכן ראוי לדבר במונחים של שילוב במרקם עירוני.
- נגישות – במחוז ת"א הערים הצפופות ביותר במדינה, בני ברק, גבעתיים, ר"ג ובת-ים. יהיה קשר לייצר נגישות, ולכן חובה להתייחס לפיזור המוסדות והשירותים. ייתכן שנוח לנו להציב בי"ח גדול ומרכזי, אבל אם הוא לא נגיש – זו בעיה.
- בי"ח תל השומר – נעשתה עבודה רבה לגבי דמותו העתידית של קרית הבריאות תל השומר והשתלבותה במרחב הסובב. מביה"ח נגרעו 200 דונם משטחו לטובת מגורים. זאת בהמשך למעבר מקמפוס לעיר בריאות.
- יש למחוז מדיניות ציפוף בסמוך לצירי מתע"ן שמזהה מקומות מפגש בין רשתות, שם ישנה עדיפות גבוהה למקם מוסדות רפואיים.

חווה ארליך – מצטרפת לשאלה בנוגע לשינוי בתפיסת ביה"ח, החיבור לרקמה אורבנית צומחת ומתפתחת. איך בא לידי ביטוי עניין של טכנולוגיה, רפואת בית, טיפול בקהילה, טיפול ביתי?

עדנה לרמן –

- צוות התכנון הגיע לדיון עם המחוזות לקראת שלב ג של התכנית העוסק בפריסת מוסדות הבריאות ולאחר גיבוש מסמך מדיניות התכנון שהוצג בועדת העורכים בהשתתפות נציגי

המחוזות. נעשתה עבודה רבה בנושא מדיניות והתייחסנו בהרחבה רבה לכל הנושאים עליהם דיברתן. בתי חולים משנים את דמותם, הופכים למרכז טיפול אקוטי כאשר חלק מהטיפול הארוך עובד לקהילה, המוסדות צריכים להשתלב במרקם העירוני והינם כבר היום מוקד תעסוקה גדול וגם מוקד חינוך ומחקר (אוניברסיטאי).

- מסמך המדיניות מוכן ונמצא לפני אישור, נשמח להעביר לכם כאשר יאושר.
- מיטות אשפוז הן רק מדד, הצוות פיתח פרוגרמה גנרית לבתי חולים המתייחסת למכלול הפונקציות הנכללות במוסדות בהתאם לגודלם ותפקידם במערך הכולל, הפרוגרמה הגנרית תוצג בועדת העורכים ותישלח למחוזות לאחר אישורה.
- מאפייני הטיפול הרפואי עומדים לעבור שינוי משמעותי כאשר הרפואה הכרונית תעבור ברובה לקהילה, והאשפוז בבתי החולים יתמקד באשפוז אקוטי.
- צוות התכנון נמצא בשלב ג המתבסס על הצגת תרחישים ותחזיות ביקוש שנערכו בשלב הקודם, הצגת הצרכים ואיתור שטחים להרחבת מוסדות קיימים ולהקמת מוסדות חדשים. הצוות עורך סבב דיונים עם כל המחוזות בנוגע לאופן ומיקום הפרישה של המוסדות

חווה ארליך –

- **קריטריונים** – האם ישנם קריטריונים לבחירת מיקומי המוסדות? נגישות, השתלבות במרחב האורבני. אנחנו רוצים לבחור בהתאם לסט ערכים מסוים.
- **איתור מיקומי השירותים בקהילה** – העברת שירותים מבתי החולים מצריכה פתרון בקהילה.

עדנה לרמן –

לעבודת צוות התכנון יש שלושה תוצרים: **תכנית מתאר, מסמך מדיניות ותדריך תכנון להקצאת קרקע למוסדות בקהילה.** התדריך אינו חלק מיעדי התכנית אך הוא פותח ככלי משלים בעקבות צורך שעלה במהלך העבודה. אלה צרכים שקיימים כבר היום ואותם יש להכניס לתכנית מתאר ותכניות מפורטות.

דניאלה פוסק -

הצגתם מערכת שהיא בחלקה ממשלתית, חלקה עירונית, חלקה פרטית – מה האסטרטגיה העתידית בנושא?

משה רונן – סוג הבעלות על בית החולים לא משנה עבור התכנית, כל עוד בי"ח הוא ציבורי, זה נכנס לתכנית.

עדנה לרמן –

התמ"א אינה עוסקת ברפורמה במערכת הבריאות ובמבנה של קופות החולים. בסיורים שלנו בבתי חולים באירופה נציגי המערכות השונות התקנאו במערכת שלנו (קופות החולים) ועל כך שהיא מסוגלת לייצר טיפול בקהילה דבר שמוצא ביטויו במיוחד בימי הקורונה.

ההתפלגות בין טיפול ציבורי ובמערכות ביוזמה פרטית - במערכת הגריאטרית רוב המיטות נמצאות במוסדות פרטיים שהוקמו ביוזמה פרטית והמדינה מממנת מיטות אשפוז גריאטרי במוסדות אלה.

דניאלה פוסק – האם בהסתכלות האסטרטגית מסתכלים על כל המערכות, הפרטית והציבורית?

עדנה לרמן – באשפוז הכללי והפסיכיאטרי –מתכננים עבור כל המערכות. באשפוז הגריאטרי מתכננים רק עבור מערכת האשפוז האקוטי במוסדות ציבוריים.

חווה ארליך, דניאלה פוסק – המדיניות מבחינתנו צריכה להגדיר את שילוב מוסדות הבריאות במרקם העירוני. ביה"ח הינו נכס אסטרטגי ומחולל שינוי, אחד הכלים החזקים ביותר לפיתוח אסטרטגי של הסביבה העירונית.

עדנה לרמן – ביה"ח הינו גם מוקד תעסוקה משמעותי, ומספק בנוסף שירותים ומסחר, מחקר.

יצחק מרום –

- החשיבה היום היא על בתי חולים אינטגרטיביים כמו בילינסון, תל השומר, רמב"ם. משרד הבריאות קידם תב"ע לביה"ח בבאר שבע ובו מגורי סגל ומגורים נוספים. דנו בנושאים האלה והיינו מאוד רוצים להציגם.
- בנוגע לשאלת המיטות שעלתה – זה רק כלל אצבע לקביעת גודל שטח בנוי ושטח קרקע, עליו אפשר להחליט ובהתאם להוסיף שירותי רפואה.

דניאלה פוסק – מבקשת לקיים דיון המשך ובו יוצגו עקרונות התפיסה האסטרטגית ויהיה דיון משמעותי על קריטריונים ודרכי חיפוש.

פיאנה קרנץ – על הקריטריונים אפשר לדבר בוועדת העורכים.

ולרי פוהורילס – מסכימה עם כל הנאמר ומבקשת לקבל את החומרים כדי לתת משוב והתייחסות.

14.12.2020 – פגישה עם המרכז לבריאות הנפש שער מנשה

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

המרכז לבריאות הנפש שער מנשה - לאה בוצר מנהלת אדמיניסטרטיבית , ד"ר שירלי פורטוגז, סגנית מנהל, ד"ר מולי לינדר סגן מנהל, יוסף אולישינסקי מהנדס ראשי

מנהל התכנון - פיאנה קרנץ, רחלי קולסקי

משרד הבריאות - משה רונן

עורכי התכנית – נדב דווידוביץ, עדי ניב יגודה, עדנה לרמן, חן הררי, תמי סתיו, גלי, איציק מרום, אורית נבו

לאה בוצר – חשוב מאוד להתייחס גם לכל נושא האדמינסטרציה. כמה הערות קטנות למצגת: תרחיש של מעבר לקהילה מחייב שיח עם קופות החולים, הרפורמה יצרה מצב בו הקופות קונות מהמרפאות שירותים וכל הפיקוח גם מבחינת המשאבים וגם מבחינת המתודות הועברה לקופות החולים. אם קופות יתנו מענה וימשיכו לפת מרפאות בקהילה , אז בבתי החולים יוכלו לאשפז את היותר אקוטיים וחלק יוכלו להיות מטופלים בקהילה. בפועל היום הקופות לא מפתחות את השירותים בקהילה כפי שהיו אמורות ואין שירות אמבולטורי כמו שאמור היה להיות. חשוב לעקוב אחרי פיתוח השירותים האמבולטורים עי קופות החולים כיום זה בידיים שלהן, רק הן נותנות טופס 17. בשער מנשה כשיש לנו רק מרפאה אחת בלבד המרפאה שלנו חייבת להמשיך ולהתקיים ולתת מענה למקרים הקשים יותר. אין לנו מרפאות בקהילה רק מרפאת עירון בכניסה אלינו . עם הקורונה אנו רואים עליה בצרכים.

היקף הדרישה לאשפוז פסיכיאטרי – אני מאמינה שבעתיד בתי החולים יהיו בתי חולים אקוטיים ולא תהיינה מחלקות ממושכות כל מי שצריך ממושך יעבור לתחליפי אשפוז ממושכים בקהילה. ההבדל בין מה שטל רוצה לעשות ומה שיש בפועל , הדברים אל קורים כמו שחשבנו. יש לנו היום מספר לא מבוטל של מטופלים שלט צריכים אשפוז אבל גם לא יכולים להיות בקהילה ואין להם מענה ולכן איננו יכולים לשחרר אותם. צרך להיות שיקום ותחליפי אשפוז בקהילה. אני לא רואה אותנו הופכים להיות ביח יותר קטן, אנו צריכים להקים מחלקה נוספת פורנזית, יש לנו חילוקי דעות עם טל איפה ואיך צריכה להראות המחלקה הזו. לדעתנו חשוב שמתחם הפורנזי יהיה בתוך המתחם הקיים שלנו שיש בו 4 מחלקות פורנזיות הכי קשות בארץ, יש מתחם פנוי ויש תוכנית להקמת עוד 2-4 מחלקות אשפוז ברמת מלונאות שונה לחלוטין ממה שיש היום זה דורש שטח יותר גדול , אפשרות לאנשים שיהיו במתחם משל עצמם עם חצר משל עצמם וצוות שיתן להם מענה. אנו חושבים שאת זה אפשר להקים במתחם שלנו. ההסבה של המיטות הממושכות שיש אצלנו היום צריכה להיות מענה לתחלואה מסוגים נוספים כמו פיגור , תחלואה כפולה כמו פיגור ואוטיזם או פיגור ונפש, ניסיון ליצר אגף או מחלקה ייעודית לנשים , מענה ידידותי מבחינת המלונאות לנשים וגברים נפגעי תקיפה מינית. היה לנו הסכם סגור להקמת מחלקה כזו בסמוך לפורנזי. הוסטל לניצולי שואה, יש לנו כאן מעין-מחלקה הוסטל שיש בו יורת ממחלקה רגילה מבחינת הטיפול בניצולי השואה, יש כוונה לאשפז שם גם דור שני ושלישי, צריך להפעיל חשיבה על היעוד של ההוסטלים האם להמשיך אותם כבית לחיים או כמיטות אשפוז,כאשר זה אצלנו אצל המדינה זה התיחסות מלאה כמו אשפוז לכל דבר. המטופלים האלו הופכים סיעודיים .

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

הדגם החדש של ביח פסיכיאטרי – אני חושבת שברוב בתי החולים שיכולים להכיל גם בריאות נפש וגריאטריה כול הפרעות אכילה חשוב שיהיה במטריה של ביח כללי. בגלל שלנו יש שטח רב אנו מוכנים לקבל כאן את הלל יפה ולהקים כאן ביח כללי.

רצף טיפול וחשיבה שיקומית – להכניס את השיקום . בעבר הוצאנו את השיקום כיה ראיה היתה שהשיקום לא האשפוז כיום אני חושבת אחרת השיקום צריך להתחיל ביום של התחלת האשפוז. בית קפה שיקומי בתוך המתחם, להכניס אנשים מבחוץ למתחם, להפחית את הסטיגמה כאילו לא נכנסים הנה , בני משפחה שלא נכנסים, כמו בביח כללי שיהיה בית קפה ויהיה מסחר ובני המשפה יבואו לבקר, אנו יצרנו את הסטיגמה הזו ויש לנו רעיונות ייחודיים וזה מה שייצר את השינוי בשאלה איך צריך להראות ביח פסיכאטרי.

צריכה להיות מחלקה שמאפשרת את הסגור אבל גם את הפתוח לפי נהלים פנימיים לפי המטופל.

מבחינת הקהילה השיח שלנו עם קופות החולים צריך להמשיך כל הזמן כדי שנוכל לתת מענה לתמהיל המטופלים שלהם . אשפוז יום מיותר הוא כמעט לא מתקיים. צריך טיפול יום לא אשפוז יום. אשפוז כרוני צריך להעלם כמו שאתם רואים את זה.

יש מקום להוציא אותנו לקהילה, ליצר מסגרת ביניים פרופ' גרינשטייגרצה ליצר כאן מסגרת אבחונית, כמו בראשית, בדיקה של כמעט עד חודש לסיווג המטופל, לפני שיוצאים לקהילה לבדוק התאמתם לקהילה.

6-9 חדרים לדירה עם 2 דיירים לחדר עם מטבחו וסלון ושם האשפוז מחלקה לכל דבר ועניין אבל כל השהות נראית אחרת לגמרי.

אנו מאוד רוצים להרחיב את הקשר עם הקהילה.

שירלי פורטוגז : מחלקה שיקומית זו מחלקה בה כמעט אף אחד לא נמצא בהסכמה וזה שם יפה למקום בו יש אנשים שעשו דברים קשים, כך שגם כשמצבם ישתפר ידרש הרבה עד לחזרתם לקהילה, כיום אחוז החזרה לקהילה הוא 2% אחרי שנה. כיום אנו משחררים לקהילה הרבה יותר מדי מהר ואז החזרה לאשפוז היא מאוד מהירה. שיעור חזרה לאשפוז תוך חודש הוא הקרטריון לחוזק מערכת פסיכיאטרית ובישראל זה מאוד גבוה, לכן צריך למצוא פתרונות לחזרה לקהילה.

כאשר אדם מסוגל לישון בלילה בבית הוא לא אמור להיות מאושפז גם אל אשפוז יום.

הלגליזציה של הקנביס - בקולרדו אשפוז בני הנוער הוכפל 7 שנים אחרי לגליזציה של קנביס. צריך להביא בחשבון עוד שאלות של התמכרויות כמו לאופיאטים, איפה היא צריכה להיות מטופלת האם באוכלוסיה? הרבה פעמים המכורים לאופאטים הם אוכלוסיה מאוד שבירה.

צופה עליה משמעותית ב: פסיכוגריאטריה, אנו לא ערוכים מבחינת פריסה ושירותים לא באשפוז ולא באמבלוטורי לשיעור העולה של בני 75 +

שיעור האוטיזם באוכלוסיה עולה באופן מבהיל 1 ל45 , 80% מהם יש להם תחלואה נפשית עודפת

פסיכיאטריה של הילד והמתבגר

החלטות על הכשרה תשפענה מאוד על תכנון ואיוש בתי חולים, כך גם במקצועות הסיעוד

הנושא של אזוריות בפסיכיאטריה, וכיום כאשר זה נע לכיוון אוטונומיה של המטופל זה שוב יעלה, ביח פסיכיאטרים מקבלים לפי אזוריות, אם וכאשר הנושא יפתח הא ישפיע מהותי על צריכת השירותים

פריסה ארצית בהיבט מול איומים ובהביט של פיקוד העורף (בשריפה בכרמל נדרשנו לספוג ביח שלם ולפזר אותו ברחבי הארץ) זה קרה פעמיים

חלק ניכר מבתי החולים בארץ נמצאים קרוב לים, אנו בין הבודדים במזרח. זה שיקול בהקמה של נוסף

איגוד הפסיכיאטריה גורס שבכל מקרה לא להקים בשולי הערים ולא בנפרד אלא כחלק מביח כללי מועדף בתוך קמפוס כמו ביח לילדים, בתוך קמפוס של קרית בריאות כללית, נהנה מיתרונות תפעוליים ותמיכה רוחבית.

אשפוז בקהילה – כבר בלענו בחזרה למשל את ההוסטל כי ספקי המשנה לא נתנו שירות כמו שצריך. שיעור המטופלים הכרוניים שיכול לעבור לקהילה משתנה בין מתי החולים. חשוב שיהיה גיוון בתוך ישובים כפריים, בתוך ערים ובתוך קריות בריאות. אין מודל אחד חשוב המגוון כדי לאפשר מענים מגוונים.

מגורים אקולוגיים – הוא מאוד סגור, הוא אמנם בלב העיר אבל אין ניצול של היתרון שאפשר לצאת ולהסתובב בעיר.

טיפול מונע ומקדים בקהילה – צריך פתרונות מודולריים

יש לידנו מנחת עין שמר שמונע בניה לגובה.

תמהיל המטופלים נעשה יותר קשה, לכן חלק יותר ויותר גדול לא נהנה מהמרחבים שיש לנו להציע, את זה צריך לתת בשיקום .

יש לנו מחלקות מאוד קשות ויש שחיקה של הצוות ופגיעה, לנו יש אפשרות לנייד אותם למקומות פחות מאתגרים פיזי, צריך לכן מרכז שיתמוך בתחלופות הצוות. למחלקות הקשות שלנו קשה להביא צוות מבחוץ לא יבואו אליו אלא צוות שגדל בקמפוס שלנו ומשם עבר

לאה בוצר : אני מאוד הייתי רוצה שכל ביח יראה כמו השיקומי, זה שונה מאשפוז רגיל, הוא יותר ארוך, לפחות שבועיים שלושה מתכונת של דירות מאפשרת למטופל לחזור יותר מהר להוויה בחוץ יש לנו שטח גדול והוצאות יותר גדולות מביח רגיל. אפשר לצמצם ל720 דונם. למעט הפסיכיאטריה המשפטית צריך לכל שאר המחלקות אקוטיות, פתוחות ברמה כל שהיא, אני רוצה לראות בהן את הדגם ש השיקומית

לא במקרה צריך אצלנו דגם עם הרבה ירוק, לא בניה לגובה, יש בעיה של התאבדויות, מה תעשה עם חלונות, צריך לאות איך לאפשר את שטחים הפתוחים, הירוק, המרחב

עדנה – גישה של זלצמן גיל של מתחם שתואם עירוניות לעומת גישה של מתחם כפרי

לאה – צריך לשאול את החולים ובני המשפחות

נדב דווידוביץ – מסכים , צריך לעשות את זה עם שיתוף הציבור, עם ארגונים של חולים ומשפחות

מולי לינדר – המועצה של בריאות הנפש שם יושבים גם ארגונים של משפחות זה הגוף להתיעץ איתו יותר מכל מנהל ספציפי . אם מסתכלים על באר יעקב והמעבר שלו אז עשו מבנה היברידי בין 2 המודלים של מודל כפרי לעירוני, זה לא בהכרח דיכוטומי

יוסף אולישנסקי – בשביל המאושפזים יציאה לחצר זה מאוד חשוב, בניה גבוה יותר יקרה, סורגים וכד . צריך לתת דגש על תשתיות, יש לנו 40000 מטר בנוי, אם זה היה על 10 קומות מבחינת תשתיות הטיפול בהן הרבה יותר פשוט, אצלנו הוא מאוד קשה, מתן טיפול בתקלות, חלוקת אוכל, כל הלוגיסטיקה והשינוע קשה. למשל תשתית תת קרקעית לשינוע. השקעה ראשונית גדולה אך מחזירה עצמה עם הזמן

לאה – חסר לנו משרדים לעובדים מבנים לעובדים, חסר מרכז לוגיסטי, משתמשים בחצי מחלקה ישנה לשם זה, אין אודיטוריום אפרופו הוראה, סטודנטים, חושבים על פיתוח מרכז מחקר ואין לנו התיחסות לכך בפרוגרמות,

עובדים על רחפנים, טיסות ניסיון שינוע אספקה, יכלים להשתמש להעביר תיקי מטופלים, תרופות, המטרה להעביר בדיקות מאצלנו להלל יפה באמצעות רחפן , נדרש שטח נחיתה לרחפן.

שירלי : עוד חסר בפרוגרמות : חדרי ביקורים למשפחות, גם לפני קורונה זה לא מספיק, וגם קניון חשוב.

לאה : חשבנו על קניון חברתי, מתחם קיים שישופץ, יכול להיות מיועד לחנויות של מוצרים של משתקמים, של המפעלים המוגנים, בית קפה חברתי, אפשרות גם ליוזמה שבה המטופלים יוכשרו לתפקודי מלונאות .

נדב : אפשר לחבר את זה להיסטוריה של המקום, כפר עבודה לעולי שנות ה-50 וכד.

16.12.2020 – פגישה עם אגף אסטרטגיה מנהל התכנון

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מנהל התכנון: שחר סולר, רוני בר, חן גרינברג, פיאנה קרנץ

משרד הבריאות: משה רונן

צוות התכנון: עדנה לרמן, רינה דגני, תמי סתיו, חן הררי, גלי פרוינד

עדנה לרמן –

- **שלבים בתהליכי כתיבת התמ"א** – צוות התכנון נמצא כרגע בשלב שאחרי בניית פרוגרמה רעיונית למערכת האשפוז הארצית. הפרדנו בין אשפוז כללי, אשפוז גריאטרי (שהוא מורכב בשל הגידול הרב בבני ה-65+), אשפוז פסיכיאטרי ואשפוז שיקומי. נפגשנו עם רוב המחוזות ואנחנו מחפשים כרגע חלופות למיקום בתי חולים.
- **החלופות הפרוגרמטיות והחלופות המרחביות** מאושרות בשני שלבים נפרדים. תחילה בודקים עד כמה אפשר לצופף את בתי החולים הקיימים, ורק לאחר מכן בודקים כמה בתי חולים נוספים צריכים. ניתן לחלק את כמות המיטות הנדרשת במספר מצומצם של מוסדות גדולים או במספר גדול יותר של מוסדות בפריסה מבוזרת. הפריסה המבוזרת מתאימה יותר לפריסת האוכלוסייה.
- **בתי חולים שלישוניים** – כיום יש בי"ח שלישוני לכל 1.5 מיליון נפש ועולה השאלה האם זה יישאר כך. מצד משרד הבריאות אין עדיין תשובה בנושא.
- **מעבר לקהילה** – התמ"א מגדירה בדומה לתפיסת משרד הבריאות שרוב מיטות האשפוז תהיינה אקוטיות, והחולים הכרוניים יעברו ברובם לקבל טיפול בקהילה. טיפול זה תלוי בהתפתחות מוסדות מתאימים בקהילה, דבר שהתפתח בתקופת הקורונה.
- **מיקומי בתי חולים** – כרגע צוות התכנון מנסה לאתר מיקומים לבתי חולים, כאשר ריכוזי אוכלוסייה הם גורם רלוונטי ומשמעותי כדי לספק רמת שירות נאותה לכמות רבה של אנשים. לאחר מציאת המיקומים נדרג כל מיקום על פי קריטריונים שונים, הנמצאים עכשיו בשלבי אישור.
- **פערים בפריסת מוסדות בריאות** – במחוז צפון ומחוז דרום למשל, המרחקים ומגוון המענה הרפואי מצומצם בהשוואה למחוז מרכז. בדרום, ידוע לנו שיש צורך בבית חולים נוסף על בי"ח פרס המתוכנן לקום בבאר שבע. עולה השאלה האם למקמו בסמוך לאוכלוסייה הבדואית או במקום אחר.
- **בתי חולים באזורי תעסוקה** – הרעיון למקם בי"ח חדש באזורי תעסוקה שלא מומשו ולא בהכרח ימומשו עלה בתדירות גבוהה במפגשים עם המחוזות.
- **ביזור בתי חולים** – באזורים עירוניים ניתן לבזר מבני בתי חולים כך שלא בהכרח יהיו צמודים זה לזה וייצרו קמפוס. עם זאת, הביזור גם מגביל את יכולות הגידול של בית החולים.
- **הגידול במחוז מרכז** – במרכז עלה הצורך ב-3 מרכזים חדשים, לאחר מיצוי יכולות הפיתוח של המרכזים הקיימים.

- **גודל של בי"ח** – הרף העליון למספר מיטות בבי"ח עומד על כ-2,000-2,400 מיטות. יש לזכור כי ביה"ח שיבא הוא ייחודי וכבר עכשיו מתכנן לכמות מיטות גבוהה יותר, אך אין לקחת אותו כדוגמה מייצגת. הסף התחתון של בי"ח צריך להיות כ-500-600 מיטות. ביה"ח אסותא אשדוד, שהיה ביה"ח היחיד שנבנה ב-20 השנים האחרונות, מונה רק כ-300 מיטות והוא קטן מדי מבחינת הסף הכלכלי שלו, יכולת ההתפתחות שלו מוגבלת.
- **גריאטריה** – הצורך הגדול ביותר במערכת הוא של אשפוז גריאטרי. בעוד שהאשפוז הכללי יעלה בשנת היעד עד כדי הכפלת מספר המיטות, הצורך בגריאטריה עולה פי שלושה.

שחר סולר –

- **התכנית האסטרטגית לשנת 2040** מתייחסת לאלמנטים שונים כגון דיור, תשתיות, תעסוקה, שטחים פתוחים וכו'. לדעת האגף האסטרטגי, הממשק החדש שפותח יכול לסייע לצוות תמ"א 49 לאתר מידע חשוב.
- **דיור – משמעות הצבעים השונים בממשק החדש** –
  - **כחול כהה** – תכניות מאושרות
  - **תכלת** – תכניות בשלבים שונים
  - **אדום** – מתחמים אסטרטגיים לדיור שככל הנראה יתממשו עד 2040.
- עבור כל עיר, התכנית ניסתה לשער כמה יח"ד ניתן להוסיף למרקם הקיים (בין אם בהתחדשות עירונית או בתכניות של רמ"י או מנהל התכנון). הפוליגונים האדומים אינם מסמנים בהכרח גבולות של תכנית אלא קיבוץ של תכניות בעיר מסוימת. המטרה – חיבור לתושבים ומתן אפשרות לסכום יח"ד לפי חלוקות שונות של אזורים.
- **אזורי תעסוקה** – התכנית האסטרטגית סימנה את אזורי התעסוקה המשמעותיים ביותר, סקרה את הבנייה השנתית בפועל ומיפתה את שטחי התעסוקה הכוללים. האגף האסטרטגי גילה עודף של מיליוני מ"ר שלא מומשו וגם לא ימומשו בעתיד.
- **תעסוקה – משמעות הצבעים השונים בממשק החדש** –
  - **ורוד** – אזורי תעסוקה עם סיכוי נמוך למימוש
  - **סגול** – אזורי תעסוקה עם סיכוי גבוה למימוש
- בנתניה למשל, אפשר לראות אזור תעסוקה עם 50%-75% תפוסה. בבית ליד, לעומת זאת, יש אזור תעסוקה עם תפוסה נמוכה יותר, בין 0%-25%. זו השיטה שכדאי לצוות התכנון להשתמש בה למציאת אזורים פוטנציאליים למוסדות בריאות. תחילה לאתר אזורים שהתכנית צופה שלא ימומשו, ולאחר מכן לברר לעומק את הסיבות, ההשלכות ורמת ההתאמה לצרכים של תמ"א 49.

חן גרינברג –

- המידע זמין באתר מינהל התכנון ונוכל להעביר לצוות התכנון את השכבות ב-GIS במידת הצורך.
- באתר נמצאת התכנית האסטרטגית של מנהל התכנון, ובתוכה העבודה של מחוז ת"א, תמ"א 42 וכו'.

- במשרד התחבורה יש את מערכת חצ"ב ובה אפשר לראות את כל המידע.

רוני בר – שילוב בתי חולים במתחמי תעסוקה –

- צריך לבדוק אם יש סביב המתחם המיועד שיקולים סביבתיים מסוימים. בנוסף, בתכנית האסטרטגית לתעסוקה הוגדרו כ-30 מתחמים תפקודיים ברחבי הארץ.
- **מרחבי התפקוד** נוצרו בהשפעת יוממות וקשרי מסחר ותעסוקה. המרחבים התפקודיים נקבעו ע"י המוסדות בהתאם להרמת ההיכרות שלהם עם המתחמים ולשאיפות עבור כל מתחם תפקודי.

שחר סולר –

- אגף אסטרטגי יעביר לכם את המידע. מה שמסומן אלו הקווים הכחולים של המתחמים שבהם לדעתנו יש יכולת מימוש.
- המידע המוצג באתר מתאים לתכנית הדיור, גם אם בחלקה לא תמומש. התכנית מעט שונה מן המגמות, אך אם כוחות השוק יגברו על תכנית הדיור, התוצאה תהיה שונה במעט.
- תחזית לשנת 2050 נמצאת בעבודה באגף האסטרטגי.

חן גרינברג –

- הסימונים על המפה מתאימים לתכניות מתאר, ולפעמים יש פוליגונים קטנים ומדויקים יותר.
- עד שנת 2050 כ-80% מיח"ד המתוכננות באזורי ביקוש ימומשו.

23.12.2020 – פגישה עם המרכז הרפואי העמק

מקום: פגישה וירטואלית

משתתפים:

בי"ח העמק: ד"ר זיו רוזנבוים – מנהל ביה"ח, ד"ר עופר תמיר – סגן מנהל ביה"ח, חן בן יצחק – עוזר מנהל ביה"ח.

לשכת תכנון מחוז צפון: ניצן בלין

מנהל התכנון:, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ.

קופ"ח כללית: ד"ר אבינועם פירוגובסקי – ראש אגף רפואה של חטיבת בתי החולים, אבי תורג'מן – ראש מערך תכנון, רינת – מנהלת מחלקת האקרדיטציה, אחראית על נושאי בינוי.

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתו, חן הררי, גלי פרוינד.

עופר תמיר –

- רצוי שבתי חולים חדשים במחוז הצפון יהיו במקומות כמו אצבע הגליל, ומקומות עם נגישות נמוכה כיום ולא בהכרח בבקעת בית הכרם.
- ביה"ח השלישוני הנוסף בצפון צריך להיות העמק.
- קשה לחבר את מחוזות חיפה והצפון בשל המאפיינים השונים בין המחוזות.

זיו רוזנבוים – הצגת ביה"ח:

- **בביה"ח העמק 580 מיטות אשפוז** מתוכן 20 מיטות לשיקום, 540 מיטות כלליות. בי"ח העמק הוא המעסיק הגדול באזור.
- **תכניות עתידיות** – ביה"ח העמק קטן מדי ביחס לצרכי האוכלוסייה מה שמוביל לתורים ארוכים. בנוסף ביה"ח בעל תשתיות מיושנות. בשל מגפת הקורונה טרם הסתיים התהליך האסטרטגי והכנת תכנית האב.
- ביה"ח הוא חלק ממערך קופ"ח כללית והעמדות המוצגות לא עברו את אישור הכללית.
- **אזור שירות** – ביה"ח משרת כ-700,000 נפש: אזור ואדי ערה עד לאצבע הגליל והגולן, כולל יוקנעם וכן את מחוז שרון-שומרון. 70% מהמבוטחים באזור הם מבוטחי הכללית, העמק הוא ביה"ח היחיד של כללית באזור. ביה"ח מדורג ראשון ביחס לשאר בתי החולים בארץ מבחינת איכות רפואית במדדי ליבה של משרד הבריאות.
- **צרכי הפריפריה הצפונית** לא מקבלים מענה מספיק. כל החולים מופנים לבי"ח רמב"ם ותושבי הצפון מתקשים להגיע ולקבל טיפול. הקמת בי"ח בכרמיאל תהיה קרובה מדי לקרית אתא (גלעם) ולא תסייע מספיק לתושבים.
- **הצורך בחיזוק מערך הטיפול בקהילה** - האוכלוסייה בצפון סובלת יותר ממחלות כרוניות כמו סוכרת, עישון, השמנת יתר, יתר לחץ דם ועוד. האוכלוסייה גם ענייה יותר ורבים בצפון מוותרים על שירות רפואי בגלל חוסר נגישות – שיעור התמותה בצפון הוא הגבוה בישראל. יש בצפון הכי הרבה פניות למיון ל1,000 נפש. אלה פערים שחובה לגשר עליהם, גם בחיזוק הרפואה בקהילה.

- **מענה לרפואה דחופה ושע"ח** – בביה"ח 10 חדרי ניתוח, 48 עמדות רפואה דחופה ו- 6 מיטות טיפול נמרץ כללי בלבד - עבור בי"ח של 580 מיטות, זה סדר גודל של 1%. בי"ח העמק מטפל כיום ב-22 חולי קורונה קשים, מספר חולי הקורונה הגדול ביותר ביחס לגודל ביה"ח.
- **איכות הרופאים** – בצפון נמצא האחוז הנמוך ביותר של רופאים בוגרי לימודי רפואה בארץ. המשמעות: צורך במתן תמריצים לרופאים על מנת שיגיעו לאזור הצפון. ביטול המענקים לפריפריה מקשה על בית החולים לגייס כוח אדם.
- **מרכז הסרטן** – מתוכנן מרכז חדש בבית החולים.
- **מרחב ביה"ח** – כניסה מכביש 65, מנחת ואזור קליני ממערב, מבנה מרפאות בניין פסיכיאטריה ישן, מבנים לוגיסטיים, דירות של סגל ביה"ח, מבנים נמוכים, חניות. קיים מקום רב לפיתוח עתידי בעיקר במגרש החנייה בצפון-מזרח. סה"כ 233 דונם, עם 110,000 מ"ר בנוי בשטח בי"ח.

עדנה לרמן – מבנה מרכז הסרטן החדש, בדומה לשאר ביה"ח, מתאפיין בבנייה נמוכה - ניצול השטח.

אבי תורג'מן – מרכז הסרטן מתאים לאופי הבנייה בעמק. היסודות יאפשרו בנייה לגובה יותר גבוה בעתיד.

עדנה לרמן – שאלות להנהלת ביה"ח – לאיזה גודל יתפתח ביה"ח בעתיד מבחינת אשפוז כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי וכו'?

זיו רוזנבוים –

- **בי"ח שלישוני** – בשל המחסור בשירותים בצפון, פיזרו שלושה מרכזים ייעודיים בין בתי החולים הקטנים בצפון (פוריה, זיו). זו טעות אסטרטגית לחלק מאפיינים של בי"ח שלישוני ולא לרכזם בבית חולים אחד כיוון שהתחומים תומכים זה בזה ומייצרים סינרגיה, התוצאה בפועל היא כשיש מצבים מורכבים שנדרשים לטיפול ביותר מתחום אחד נשלחים לרמב"ם.
- **פסיכיאטריה -** בביה"ח העמק מחלקת פסיכיאטריה פתוחה, אך אין פסיכיאטריה סגורה. התפיסה המודרנית לבתי חולים לברה"נ היא שהאשפוז יהיה בבתי חולים כלליים ובקהילה ולא בבתי החולים הפסיכיאטריים.
- מבקש לתקן או להתייחס לעניין מרכזי העל.
- נדרשת תוספת של 234 מיטות ב 5 השנים הקרובות.

עדנה לרמן –

- הצרכים בתמ"א 49 מיועדים לפיתוח לאורך 30 שנה. ביה"ח הציג פיתוח משמעותי ל-5 השנים הקרובות.
- **בי"ח גלעם** - אינו מתוכנן כשלישוני. מיועדים לו שטחים רבים, וייתכן ויועבר אליו ביה"ח מזור.
- **ביה"ח העמק** – החלופות מייעדות גידול משמעותי לביה"ח העמק עם כ-900 מיטות אשפוז כללי עוד לפני תוספת מיטות גריאטריה, פסיכיאטריה ושיקום.
- **גריאטריה** – גישת צוות התכנון היא כי בעתיד בכל בי"ח כללי יהיו מחלקות לגריאטריה אקוטית.

זיו רוזנבוים –

מספר המיטות בצפון יגדל מ-2,000 ל-5,600 מיטות, גידול של 170% בערך. לכן, בי"ח העמק צריך אף הוא לגדול ב-170%. המשמעות היא עיבוי בתי החולים הקיימים. ייקח 20 שנה לפחות להקים

את בי"ח גלעם בקרית אתא. הרבה יותר קל ונכון להרחיב את בתי החולים הקיימים. אין בעיה להגדיל את בי"ח העמק לכ- 1,200 - 1,500 מיטות אשפוז.

- בי"ח העמק צריך לגדול לכדי מרכז-על. הוא גדול, סמוך יותר לטכניון, משלב מחקר, נגיש יותר מפוריה וזיו, נמצא במיקום טוב ונגיש לאוכלוסייה רבה ומספק שירותי בריאות איכותיים ביחס לצפון. אין מענה רפואי באצבע הגליל ורמת הגולן, צריך להקים בגולן בי"ח קטן (150 מיטות) שיהיה מקושר למרכז-על. חייבת להיות השוואה של מספר המיטות לנפש בין הצפון למרכז.

אבינועם פירוגובסקי –

בי"ח לא יכול לגדול בצורה לא-פרופורציונלית. קיימת כמות מסוימת של מיטות שמעבר להן ביה"ח הופך להיות בלתי יעיל. כולל פסיכיאטריה, גריאטריה ושיקום – אפשר להגיע בביה"ח העמק לכדי 1,200-1,300 מיטות.

אבי תורג'מן –

מטרת צוות תמ"א 49 היא להכין תכנית מתאר ארצית סטטוטורית שתשריין עתודות קרקע. שיקולי משרד הבריאות לא יוחלפו, ייתכן ויוצגו במסגרת ועדת פרויקטים.

28.12.2020 – פגישה עם סמנכ"ל משרד הבריאות

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: איתמר גרוטו, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש

מנהל התכנון: רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב-יגודה, עופר מנחם, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

עדנה לרמן – הציגה את עיקרי התכנית, הדרישה למיטות אשפוז כללי וגריאטרי וחלופות הפריסה והפיתוח לפי מחוז.

- שלושת התוצרים העיקריים של התכנית:
  א. תכנית מתאר סטטוטורית - תשריט והוראות – הקצאות קרקע ופרוגרמות
  ב. מערכת מוסדות הבריאות בישראל במבט צופה עתיד - מסמך מדיניות
  ג. תדריך לתכנון הקצאות קרקע למוסדות בריאות בקהילה
- חשוב להדגיש כי התכנית פועלת על מנת לאפשר ולהבטיח שטחי קרקע ציבוריים לבתי חולים. שריון הקרקע מבטא את הצרכים והגידול במערכת הבריאות אך לא מחייב הקמתם של בתי חולים. שריון קרקעות חשוב כבר עתה מכיוון שבעתיד יהיה קשה אף יותר.
- הוצגו הנחות **המוצא לתרחישים ולתחזיות ביקוש למיטות אשפוז כללי.**

נדב דוידוביץ' –

- הנחות המוצא לתרחישים ולתחזיות הן בעיקר קונצנזוס של בכירי מערכת הבריאות – משרד הבריאות, מנהלי בתי החולים, מומחים לבריאות ועוד.
- התקיימו דיונים רבים בנושא גודל אופטימלי של בתי חולים. כמו כן שאלה משמעותית נוספת היא עד כמה ניתן להגדיל בתי חולים קיימים וכמה בתי חולים חדשים נדרשים. ההנחיה מאבי בן זקן הייתה לעבות בתי חולים קיימים עד מידה מסוימת בכדי לא להפוך אותם למפלצות ולכוון להקמה של בתי חולים חדשים.

רחלי קולסקי –

- יעדי פיזור האוכלוסייה הם החלטת ממשלה.

עדי ניב יגודה –

- הנחות המעבר לקהילה מותאמות ליעדי משרד הבריאות (לפי האגפים הרלוונטיים).

איתמר גרוטו –

- מה לגבי הבנייה לגובה, מה המגבלות?
- הוזכר שבתי החולים יהיו רק לאשפוז אקוטי, אבל צריך להוסיף גם טיפולים אמבולטוריים וטיפולים ייחודיים.

- אשפוז בקהילה – לדעתי הנתונים נמוכים יחסית וניתן להגדילם. בנוסף, הקורונה תדחוף עוד יותר לאשפוז בקהילה ובבית. כמו כן ניתן גם לדבר על אשפוז אקוטי בקהילה, אולי מוקדם לדבר על זה.

עדנה לרמן –

- בניה לגובה - קיימות מגבלות בעיקר בנושא פינוי חירום. אך יש פתרונות שאפשר לבצע. הגבלות גובה יכולות להיות מוגדרות בתמ"א. קיימת עלייה בבניה לגובה באירופה (למשל בהולנד). באזור המרכז ברור שלא תהיה ברירה לבניה לגובה כיוון ששטחי הקרקע קשים מאוד להשגה. בתי חולים חדשים דורשים בסביבות 200-250 דונם (מרכז פרס בדרום מתוכנן ל- 300 דונם).
- מעבר לקהילה - הקהילה היא קופות החולים. השאלה היא עד כמה הן יכולות לתת מענה. ככל שהמערכת הציבורית לא תיתן מענה השוק הפרטי גובר, רואים זאת בעיקר בתחום הגריאטריה.
- קריה רפואית משולבת – מרבית ממנהלי בתי החולים איתם נפגש צוות התכנון דוגל במרכז בריאות גדול המרכז מגוון רחב של התמחויות ואשפוז (כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקום).
- מחוזות התכנון – מחוזות התכנון מדגישים את השילוב של ביה"ח עם המרחב האורבני.
- הנחות היסוד תוקפו מול הגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות.

ניר כספי –

- המבנה שהוזכר ברמב"ם אינו רפואי.

איתמר גרוטו –

- בעד החלופה הממוקדת.
- קריה רפואית משולבת - זו תפיסת מרבית האנשים במשרד הבריאות.
- שלוחות של בתי חולים – יכול להיות שזהו גם פתרון שיש לקדם – מאפשר פריסה יותר רחבה. בצפון כבר קיימים דגמים כאלה (בפוריה, זיו ונהריה).
- שלוחות בקהילה של בתי החולים - היום קיימים בתי החולים ומרכזים לרפואה דחופה, אך אין דגם רפואי באמצע (למעט אולי מרפאות מומחים), יש לחשוב אם נדרש לפתח דגמים נוספים של מענים בקהילה. יכול להתאים לאזורים רחוקים.

עדנה לרמן –

- הכוונה היא להקים בצפון, ככל הנראה בקרית שמונה, מוקד ביניים שיסתמך על בי"ח אחר, בצפת למשל. לא רק מבחינת פינוי.

נדב דוידוביץ' –

- בדימונה קיים מוקד קדמי, שבו גם מרפאות דיאליזה וכו'.

איתמר גרוטו –

- אני חושב שההנחות סבירות, אבל מניח שיהיה זמן לתקף זאת שוב.

- הנחת יסוד לתכנון גריאטריה אקוטית של 20% מוסכמת.
- התפיסה של גריאטריה בבתי חולים נכונה. צריך לבדוק שנשארים שטחים גם אם זה ביוזמה פרטית. אולי צריך לשנות את התמהיל בין הציבורי לפרטי ל- 50%-50%.
- רפורמות בגריאטריה - הרפורמות המקודמות היום אמורות להעלות את כמויות אשפוז הבית.
- ממליץ לכוון על לפחות 50% ציבורי באשפוז הגריאטרי.

29.12.20 ישיבה עם המועצה הלאומית לגריאטריה

מקום: ישיבה מקוונת

השתתפו:

מועצה לאומית לגריאטריה: ד"ר יהושע שוני בן ישראל, ד"ר לאה אהרוני, גב' חגית איתמרי, עו"ס עדינה אנגלרד,

ד"ר טניה בוגוסלבסקי, גב' אורנה בר, ד"ר ליאורה בר טור, ד"ר שי ברייל, פרופ' חוה גולנדר, פרופ' יעקב גינדין,

פרופ' צבי דוולצקי, גב' צפי הלל דיאמנט, ד"ר אביטל הרשקוביץ, גב' זהבה ויזר, פרופ' משה זוננבליק, גב' אורנה זמיר, גב' דורית יצחקי, ד"ר אהרון כהן, גב' יוספה כחל, ד"ר מעיין כץ, ד"ר יפה לרמן, ד"ר אירית לקסר, ד"ר גדי מנדלסון, ד"ר ראובן פרידמן, ד"ר זוריאן רדומילנסקי, גב' לריסה ראם, ד"ר שלי שטרנברג, ד"ר אורלי הרצברג,

גב' יעל רותם גלילי, גב' חני שרודר, גב' ראומה קורץ, מר מיכאל קוניאבסקי, ד"ר הילה זהרוני, גב' ורה רוזנפלד,

ד"ר רם שגיא, פרופ' מרק קלרפילד, ד"ר אורית שטיין רייזנר, ד"ר איריס רסולי.

מוזמנים: גב' סיגל אברבנאל, גב' רותי אופיר, גב' תהילה בוזגלו, גב' אורנה ביטון, פרופ' אליוט ברי, פרופ' נדב דוידוביץ, מר חן הררי, ד"ר עדי ניב יגודה, גב' רוני כידור, מר ניר כספי, אדרי' עדנה לרמן, מר עופר מנחם, גב' ענת מרגל, מר יצחק מרום, גב' אורית נבו, מר פרדי סלומון, מר יוחנן סמואל, ד"ר תמי סתיו, גב' ענת צח-צור,

גב' רחלי קולסקי, גב' סיגלית לבונסקי, גב' דפנה לוי, גב' ננסי קארפ עפארי, גב' חנה קפקא.

<u>המלצות המועצה</u>:

נושא	המלצת המועצה	המשך טיפול
1. תכנית מתאר ארצית למוסדות בריאות- תמ"א 49	לגזור מהתכנית הקיימת צפי של מיטות נדרשות ושטחים נדרשים ל-2030. לקיים דיון פרטני במועצה והנהלת המשרד	צוות תכנית התמ"א מועצות לאומיות

<u>עיקרי הדברים</u>:

<u>תכנית מתאר ארצית למוסדות בריאות תמ"א 49- צוות אורחי תמ"א 49</u> (מצ"ב מצגת)

פרופ' נדב דוידוביץ, ראש בי"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, אדריכלית עדנה לרמן

<u>גב' קולסקי</u> - אני ממנהל התכנון במשרד הבריאות. אנו מקדמים תכנית מתאר ארצית למוסדות בריאות,

הרעיון הוא להכין תמ"א שתשריין שטחים עד 2050 למוסדות הבריאות.

<u>ד"ר סתיו</u> - זו פעם ראשונה שיש תכנית בהיקף כזה במערכת הבריאות בארץ. צוות התכנון ייחודי, מורכב מ-3 ראשים עיקריים. אנו מתכנני ערים ואדריכלים, עם ניסיון רב, אמונים על כל החלק של התכנון. יחד אתנו יש שיתוף פעולה הדוק עם האקדמיה, הצלע השלישית היא קבוצת גיאוקרטוגרפיה, העוסקת בכל נושא התשתיות.

השלב הראשון היה לימוד מערכת הבריאות בארץ והאתגרים שבפניה. השלב השני היה בניית מסד מוסדות הבריאות, הבנת צרכי המערכת מבחינת מדיניות, מה אנו רוצים מהמערכת. עכשיו זהו השלב השלישי, בו בוחנים חלופות לפיתוח מערכת הבריאות. מנסים להבין מה האפשרויות למלא את הצרכים, אחרי שהבנו אותם, לשנת היעד.

<u>ד"ר עדי ניב יגודה</u> -

התכנית מתמודדת לעתיד עם כמה מנועי שינוי וקבוצה נכבדה של אתגרים המכתיבים את פיתוח המדיניות.

מנועי השינוי שאנו מביאים בחשבון הם גידול והשתנות פרופיל האוכלוסייה, תחזיות דמוגרפיות, אנו נעזרים בחברת גיאוקרטוגרפיה שמציעה מה שמתרחש באוכלוסייה, והשתנות פירמידת הגילאים שהיא דרמטית וייחודית לישראל. אנו רואים את הזינוק שיתרחש בשנים הבאות בגילאים, ובחלקם היחסי של הגילאים המבוגרים.

כיום יש מעל 25,000 מיטות לאשפוז גריאטרי בכל מוסדות האשפוז. החלוקה שמעניינת אותנו היא בין מיטות לגריאטריה אקוטית (4,000 מיטות) הממוקמות בעיקר באגפים גריאטריים בבתי חולים כלליים ומרכזים גריאטריים, לבין מיטות במוסדות פרטיים.

כשמסתכלים על מגמות לעתיד, רואים שגם חלק האוכלוסייה הגריאטרית מגיל 65 ומעלה מכלל האוכלוסייה יגדל, החלק של האשפוז הגריאטרי יגדל משמעותית בשלושים השנים הבאות, ובתוך העוגה הזו, חלק האוכלוסייה באשפוז הגריאטרי יגדל מ-17.5% ל-25%, אז צריך להתייחס לכך שיהיה הרבה יותר אשפוז גריאטרי מאשר היום, וגם היחס בין גריאטריה ממושכת לגריאטריה פעילה ישתנה. הגענו להנחת עבודה שנברר אותה עמכם, שחלקה של הגריאטריה הפעילה עוד 30 שנה יהיה 20%.

השאלות שלנו הן האם היחס של 61% אשפוז גריאטרי פרטי ו-39% ציבורי הוא היחס הנכון, או שיש לשנותו.

מה גודל מחלקה והיקף המיטות הרצוי, האם לתכנן לפי המצב הקיים בתחלואת האוכלוסייה או הצפי של 25%?

תחזיות - כיום המספר מגיל 65 ומעלה הוא 900,000 נפש בישראל. בעוד 30 שנה מדברים על 2.25 מיליון איש, שחלקם יזדקקו לאשפוז גריאטרי. הנחות המדיניות הבסיסיות שאימצנו אחרי מפגשים עם משרד הבריאות וגורמים נוספים הן האפשרות לאוכלוסייה המבוגרת להזדקן בקהילה ובבית. דבר המקטין את האשפוז הגריאטרי.

הנחה נוספת, מעבר לטיפול במסגרות קהילתיות, גם האשפוז הגריאטרי צריך לעבור יותר לטיפול בקהילה.

הצורך בפיתוח מוסדות אשפוז נובע מהגדילה הצפויה, והיערכות המדינה מבחינת מערכות סוציאליות וכדומה, כדי להתכונן לביקושים הגדלים. תמ"א 49 מתייחסת לפיתוח אפשרויות הטיפול באוכלוסייה המבוגרת.

הנחת המדיניות שלנו היא שב-10 השנים הבאות 5% מהאשפוז יעבור לקהילה ולאשפוז ביתי.

הנחת עבודה נורמטיבית היא שתפוסת המיטות הממוצעת לא תהיה 85% כמו היום אלא תרד ל-80%.

אנו מניחים שיהיו אגפי גריאטריה בבתי חולים כלליים ושיוקמו מוסדות גריאטריה ציבוריים ייעודיים בגודל 200-600 מיטות למוסד. לאחר כל ההנחות האלה, נגזור את הביקוש לקרקע למוסדות לפי מטר מרובע למיטה, כאשר המספר משתנה למוסדות לפי המרחב בו הם נמצאים, במרחב עירוני בו הבנייה צפופה יותר, או כפרי בו הבנייה מרווחת יותר.

<u>ד"ר סתיו</u> - משמעות מספר המוסדות הגריאטריים: עבדנו על פיתוח החלופות ומציאת הפתרונות בכל מחוז בנפרד. בכל מחוז פיתחנו חלופה ממוקדת וחלופה מבוזרת. בכל מחוז ישנה התוספת הנדרשת במיטות אשפוז.

החלופה הממוקדת לפיה נספק את התוספת במוסדות גדולים, והחלופה המבוזרת בה נספקם במוסדות קטנים. לחלופה הממוקדת יש יתרונות, קל יותר למצוא שטח. לחלופה המבוזרת יש יתרונות בכך שהיא יוצרת רשת רחבה יותר בפיזור המוסדות. שתי החלופות מניחות שבכל בתי החולים הכלליים בעוד 30 שנה יהיה אגף גריאטרי, כולל בבתי החולים הקיימים היום. המערך בקהילה יאפשר להשלים את האשפוז הגריאטרי.

בחיפה והצפון יש מפה של פריסת המוסדות הגריאטריים. הם יוצרים מרחב גריאטרי אחד שהגיוני לטפל בו בנוגע לנגישות. בפריסת המוסדות הקיימים היום יש לקונות. כשמצמצמים זאת למוסדות גדולים עם מעל 100 מוסדות אשפוז, חוסר הפיזור בעייתי יותר. תמ"א 49 עוסקת במיטות שיהיו בבתי חולים כלליים וגריאטריים.

בחלופה הממוקדת מדברים על יצירת מחלקות גריאטריות בבתי החולים נהריה, העמק, זיו ופוריה, ועוד 4 בתי חולים קטנים חדשים עם 300 מיטות אשפוז במחלקות הגריאטריות של כל בי"ח. אני מעלה לדיון אם זה נכון בקמפוס של בי"ח כללי. בנוסף צריך עוד 3 בתי חולים גריאטריים חדשים, גם כן בסדר גודל של 200-300 מיטות אשפוז בכל בי"ח. בחלוקה המבוזרת מדברים על מוסדות גריאטריים מסונפים למוסדות כלליים בגודל 100-200 מיטות אשפוז, על מוסדות גריאטריים מסונפים לבתי חולים חדשים בגודל 200 מיטות אשפוז, ובתי חולים גריאטריים חדשים של 200 מיטות כל אחד.

זה הסבב של הפרוגרמה ששואל כמה בתי חולים יהיו. אחרי שנחליט על הפרוגרמה נעבור לעבודה מול המחוזות ומשרד הבריאות, בשאלה איפה המוסדות האלה יהיו. סה"כ זה מביא אותנו ל-2,370 בגריאטריה פעילה במחוז הצפון, ובמחוז חיפה 4700 מיטות.

חוזרת לשאלות האם הבסיס אליו אנו מתייחסים לגריאטריה אקוטית מתוך הגריאטריה הכללית - 20% - הוא נכון? האם היקף המוסדות שתכננו בפרוגרמה הוא סביר? האם ההתבססות על המצב הקיים של 61% אשפוז גריאטרי במוסדות פרטיים הוא נכון?

<u>ד"ר בן ישראל</u>: שאלתי למתכננים, האם ניתן לגזור מהתכנית הקיימת צפי של מיטות נדרשות ושטחים נדרשים
ל-2030?

<u>מר מנחם</u>: כן, זה נבנה גם ל-2030 וגם ל-2040. זה נבנה עפ"י אותם עקרונות גם לפי עשורים. האגף לגריאטריה יוכל לקבל את התכניות האלה.

<u>ד"ר לקסר</u>: אנו בקשר עימם. נמצאת כאן גב' סיגל פרחי ממנהל התכנון והבינוי במשרד הבריאות, אתה אנו דנים בנושא והיא גם ממלאת מקום ועדת פרויקטים, ואין ספק שהדברים האלה יהיו בסיס לכל תכנון עתידי.

התכנון של וועדת פרויקטים הוא לא כ"כ קצר, הוא קרוב ל-10 שנים.

<u>ד"ר בן ישראל -לסיכום</u>: הייתי שמח אם אפשר יהיה להציג את התוכניות ל-10 השנים הקרובות שאז צפוי גידול משמעותי של אוכלוסיית הקשישים עד ל 1.4 מיליון. את התכניות יש להציג להנהלת המשרד ולאגף לגריאטריה במטרה לגבש תכנית בינוי עם אבני דרך, מגובות בתקציבים וכ"א. אנו במועצה נשמח לסייע.

29.12.2020 - הצגת שלב א' ו-ב' של תמ"א 49 בולנת"ע

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

חברי הולנת"ע: אחמד דבאח,

מנהל התכנון: דלית זילבר, רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ.

משרד הבריאות: איתמר גרוטו, אבי בן זקן, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש.

משרד הביטחון: אלון ישעיהו

משרד האוצר: רועי רייכר, דניאל פדון

משרד ראש הממשלה: גלבוע זינגר

משרד להגנת הסביבה: ג'רמי בן שלום

משרד השיכון: שלומית גרטל

משרד האנרגיה: דורית הוכנר

קופת חולים כללית: רות רלבג

לשכת תכנון תל אביב: אורית צבר

לשכת תכנון צפון: ניצן בלין

לשכת תכנון חיפה: נעמה עזריאל

נציגי קופות חולים: אבי תורג'מן

החברה להגנת הטבע : דרור בוימל, אסף זנזורי

רט"ג: ניר אנגרט

מועצות מקומיות: עמיר ריטוב

צה"ל: גיורא זינגר

בית חולים שיבא: טל אינהורן

טילי לנדאו, רענן אמויאל, איל מהריאן, אילן טייכמן, , הלל זוסמן, טלי אלברט, יפתח סומך, רותם ארז, אילה גלדמן, שמעון גואטה, אלכס שוורצר, ברוך יוסקוביץ', חנה ויטלזון

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, רינה דגני, עופר מנחם, יצחק מרום, אביב אלחסיד, אורית נבון, תמי סתו, חן הררי, גלי פרוינד.

רחלי קולסקי –

תמ"א 49 עוסקת בהקמת **מסגרת תכנונית למוסדות הבריאות** בשנת היעד 2048. התכנית תתמודד עם אתגרי מערכת הבריאות, התפקידים המסורתיים של מערכת הבריאות, מעבר לאשפוז בקהילה, גידול האוכלוסייה, שינוי בפירמידת הגילאים ובמיוחד הזדקנות האוכלוסייה, שינויים בתחלואה ועוד. התוצר התכנוני יהיה הקצאות קרקע לפיתוח אפשרי עתידי למוסדות בריאות לשנת 2048 – גם עבור מוסדות בריאות קיימים וגם למוסדות בריאות חדשים, כולל מוסדות פסיכיאטריים, גריאטריים וכו'.

במסגרת העבודה נקבעו 5 שלבים – שלבים א + ב כוללים הכרת מערכת הבריאות, ניתוח מצב קיים, פיתוח מדיניות למערכת הבריאות וגיבוש תחזיות ותרחישים לדרישה של מערכת הבריאות העתידית. השלבים הבאים יכללו פיתוח ובחינת חלופות. היום יוצגו שלב א' ו-ב'.

צוות התכנון ערך סקר נרחב של מוסדות בריאות בארץ ובעולם. דו"ח שלב א כלל כמעט אלף עמודים ובו גם סקירת מצב בתי החולים בישראל. דו"ח שלב ב' כולל את מדיניות מערכת הבריאות – חיזוק מערכת הבריאות והמענה בקהילה, וכן צמצום פערים חברתיים וגיאוגרפיים, שיפור הרצף האשפוזי, גיוון בבתי החולים ובמענה והתמודדות עם הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתחלואה. התוצר השני של דו"ח שלב ב' כולל תרחישים ותחזיות לשנת 2048, שינויים דמוגרפיים ותחזיות שונות למאושפזים ושנות אשפוז. על בסיס כל אלה נגזור בהמשך את תכנית המתאר עבור כל סוגי האשפוז. היום תוצג המדיניות והתוספת למיטות האשפוז כך שתהווה בסיס לשנת היעד.

פרופ' איתמר גרוטו –

- התכנית הובלה מצד משרד הבריאות ע"י אבי בן זקן, וכיום ניר כספי, משה רונן, ואנשים רבים נוספים. משרד הבריאות שותף ונותן גיבוי מלא לעבודה.

עדנה לרמן –

- צוות תמ"א 49 עובד כשנה וחצי ונמצא עכשיו בשלב ג' של הכנת התכנית. היום יוצג שלב א' ו-ב' של העבודה, כעת צוות התכנית עובד על הכנת שלב ג'.
- **הצגת שלב א' ו-ב' של התכנית.**

תגובות לתכנית

רועי רייכר, משרד האוצר –

- **תפוסת מיטות** – תמ"א 49 מתייחסת לתפוסת מיטות אשפוז של 91% במצב הקיים. משרד הבריאות הציג בעבר נתונים על תפוסת מיטות של 96%. תפוסת מיטות מצומצמת יותר היא שינוי משמעותי, בעניינו קיימת מחלוקת עקרונית. **חלה ירידה בתפוסת המיטות**, דבר שאינו מופיע בסקירה ובמצגת.
- **מספר מיטות לאלף נפש** – בבג"צ של ההסתדרות הרפואית בישראל מול משרד הבריאות נדרש להעלות את מספר המיטות ל-1.75 לאלף נפש. מערכת הבריאות ענתה לבג"צ כי גם 1.65 מיטות לאלף נפש יספקו את צרכי הקהילה ויאפשרו המשך הורדת אחוזי התפוסה. **תכנון למספר מיטות גבוה יותר יקצה משאבים רבים מדי למערך האשפוז (בתי החולים) על חשבון הרחבת השירות בקהילה.**
- משרד האוצר העביר לולנת"ע מכתבים מקופ"ח של כללית ומכבי ובהם נציגי הקופות מציגים צרכים שונים מאלו שמעלה התכנית.
- נציגי האוצר היו עסוקים במשבר הקורונה ולא הצליחו להשתתף בועדות העורכים. על כן, **משרד האוצר מבקש פרק זמן של חודשיים** לעבודה עצמית ולאחריו ישתתף בועדת העורכים ויתמודד עם הפערים הדרמטיים בנקודות המוצא של האוצר אל מול עורכי התכנית.

רות רלבג, סמנכ"לית קופ"ח כללית –

- **המשמעות הכלכלית של תמ"א 49** לא נלקחה בחשבון בהצגת שלבים א' ו-ב'. גורמי התכנון של הכללית מומחים בתחום התכנוני, אך לא הייתה התייחסות לכלכליות התכנית.
- **חשיבות קופ"ח כללית** – קופ"ח כללית מספקת 53% מהמענה הרפואי של מדינת ישראל, כמעט 70% מהמענה בפריפריה, 30% ממערך האשפוז הציבורי במדינת ישראל.

- **היבטים שהתכנית לא פירטה התייחסותה אליהם** – השפעות טכנולוגיות, רפואה כרונית, טלה-רפואה והשפעתה על נושא צריכת שירותים, פעילות הרגולטור במטרה לצמצם אשפוז ולהגדיל את אשפוזי הבית, השפעת מבנה בית החולים העתידי.
- **כוח אדם** – הכשרת רופא בכיר אורכת 15 שנה, הכשרת אחות אורכת 6 שנים. יש לכך משמעויות כלכליות, ולשם כך משרד הבריאות צריך להיות שותף.
- לא ברור מדוע מכפילים שוב את אסף הרופא כאשר לא מזמן נפתח בי"ח אסותא באשדוד.
- **קופ"ח כללית מבקשת להציג בפני הועדה** – בשם מנכ"ל הכללית, מבקשת להתייחס להיבטים נוספים מלבד ההיבט הפיזי. קופ"ח כללית מבקשת להציג גם את ההיבטים האחרים בעצמה לועדה. משרד הבריאות, כמי שמחזיק ב-50% ממערך האשפוז לא יכול לייצג את קופ"ח כללית בצורה מלאה.

דרור בוימל – נציג ארגוני הסביבה בועדה הארצית –

- **חשיבות תמ"א 49** – בריאות ותכנון ותפיסת שטחים לטובת מבני בריאות הם בעלי חשיבות גבוהה.
- **מיקוד הדיון** – משרד האוצר חושש מתקצוב, אך הסוגייה הבוערת עמה תמ"א 49 מתמודדת היא תכנון שימושי קרקע.
- **חסרה נוכחות משרד האוצר בדיונים**.
- **ארגוני הסביבה תומכים עקרונית בכתיבת תמ"א 49** ובתכנים בהם עוסקת.

ניצן בלין, מחוז צפון –

- **פערים בשירותי הבריאות בין המחוזות** – קיימים כבר היום פערים עצומים בין מחוז צפון לשאר המחוזות מבחינת פריסה, זמינות, מומחיות, היקף וכוח אדם המוקדש לשירותי בריאות.
- לאור הגידול הצפוי באוכלוסייה, הנושא צריך לקבל חשיבות ודחיפות גבוהה.

אסף זנזורי, החברה להגנת הטבע –

- **מיטות האשפוז** – טענות משרד האוצר בועדת העורכים הראשונה היו כלכליות, וגם עכשיו, למרות ההתמקדות במספר מיטות, הטענה היא כלכלית. תהליכי התכנון הם ארוכים ואין צורך לדחות את הדיון, אלא לדון בכל בפגישה הבאה של ועדת העורכים. לא ברורה הטענה של האוצר על עודף במיטות אשפוז כי בבתי החולים מטופלים מאושפזים במסדרון.

אלון ישעיהו, נציג משרד הביטחון –

- **מנחתים** – משרד הבריאות הנחה להציב מנחת ליסעור בכל בתי החולים, נושא אותו התמ"א נדרשת להסדיר.
- **היערכות לחירום** – המטרה היא לגבש מדיניות ולקיים שיח עם רשות החירום הלאומית (רח"ל) ופיקוד העורף כדי לוודא שתמ"א 49 עונה על הצרכים.
- **מיטות האשפוז** – נציג האוצר אמר דברי טעם ועדיף שהיה נאמר בועדת העורכים והיינו דנים בכך. מספר המיטות הנחוץ היא שאלה מרכזית בתמ"א 49.

איילה גנדלמן, המשרד להגנ"ס –

- **נדרש מינוף של השירותים הרפואיים לטובת חיבור למרחב העירוני**. המשרד להגנ"ס לא תומך בבניית מרכזים רפואיים במקומות מנותקים גיאוגרפית.

עמיר ריטוב, שלטון מקומי –

- **קידום התכנית** – מבקש שנציגי האוצר יישבו עם עורכי תמ"א 49 בהקדם ולא יעכבו את קידום התכנית.

הלל זוסמן -

- **חסר חיבור לתכנון הפיזי** – מיקום את בתי החולים במרכז העיר ובפריפריה, ההשלכות על המרחב, פריסה, ציפוף, בנייה לגובה, תשתיות תחבורה ועוד.
- **הפחתת התחלואה למען בריאות הציבור** – היבטים מרחביים נוספים ובהם שימוש באופניים או בהליכה, הפחתת זיהום האוויר וכו'.

שולמית גרטל, משרד השיכון –

- **בקשה להשתתף בשלב התכנון בפועל** – כגורמי תכנון, משרד השיכון מעוניין להשתתף בתכנון הפרקטי, באיתורי הקרקע לבתי חולים, למרכזים רפואיים.

דלית זילבר, מינהל התכנון –

- **מינהל התכנון מקדם במקביל לתמ"א 49 תדריך להקצאת שטחים למבני בריאות בקהילה.**
- תמ"א 49 כוללת המלצות אופרטיביות עבור ייעודי קרקע ושימושי קרקע.
- מעבר לקהילה – צריך לבחון שוב אם הנחת היסוד של 15% בקהילה הוא שמרני או ריאלי.
- קופות החולים משמעותיות מאוד למערכת הבריאות.
- מינהל התכנון לא עוסק רק בתכנון פיזי, ואתגרי גידול האוכלוסייה באים לידי ביטוי בתמ"א 49.

אבי בן זקן –

- **שיתוף גורמים בתהליכי התכנון** – כמעט כל מנהלי בתי החולים וקופת החולים לקחו חלק בתכנית והערותיהם הוטמעו במסמכי התכנית. תמ"א 49 הוצגה ב-24/10 למנכ"ל הכללית אהוד דוידסון והוא בירך על הכנתה.
- **מספר מיטות אשפוז לאלף נפש** - בבג"צ נטען כי עם פחות מ-1.75 מיטות לאלף נפש לא ניתן לתת שירות, ולא כפי שנטען בתחילת הפגישה.
- **חשיבות תמ"א 49** – ללא תכנון ושמירת קרקע יהיה קושי למערכת הבריאות הציבורית להתפתח במובנה הפיזי. הסטנדרט כיום לבניית מיטת אשפוז (עם כל הצרכים הנלווים) הוא של 220 מ"ר, אך המצב הקיים בפועל הוא של 110 מ"ר. גם אם ההחלטה תהיה להשאיר את הסטנדרט הקיים לאלף נפש, משרד הבריאות ייאלץ להכפיל את הקיים כדי לעמוד בביקוש לקראת שנת היעד. חשיבות התכנית גדולה במיוחד לאור משבר הקורונה.

4.1.2021 - פגישה עם מרכז רפואי שערי צדק

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

הנהלת מרכז רפואי שערי צדק:

פרופ' עופר מרין – מנהל מרכז רפואי, ספי מנדלוביץ' – סמנכ"ל רפואה, עו"ד דורון נויוירט - סמנכל מינהל ומשק

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן

לשכת בריאות ירושלים:

חן שטיין- זמיר, טליה שוסברגר, קיריל פקטה, זהבה סדן

מנהל התכנון: רונית מזר, רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ

לשכת תכנון מחוז ירושלים: גידי בן עמי

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב-יגודה, יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתו, חן הררי, גלי פרוינד.

עדנה לרמן – הצגת עיקרי התכנית והדרישה למיטות אשפוז כללי.

ספי מנדלוביץ' –

- **מתודולוגיה** – תחזית האוכלוסייה לירושלים היא 1.4 מיליון לפי מכון ירושלים למחקרי מדיניות, דבר שאינו תואם לתחזית שהוצגה ע"י צוות התכנית.

רונית מזר –

- **התחזיות של צוות התכנון מבוססות על תחזיות המועצה הלאומית לכלכלה** כפי שנמסרו ע"י האגף האסטרטגי במנהל התכנון. כדאי לפנות אליהם כדי להבין את הסיבות לפער של כ-500,000 תושבים.

עדנה לרמן ותמי סתו –

- **מטרת העבודה:** הבטחת הקרקע לפיתוח העתידי של מוסדות הבריאות.
- **העלייה בתחלואה** במחלות מסוגים שונים באה לידי ביטוי בהנחות היסוד לדרישה למיטות אשפוז הכללי.
- **גידול והשתנות פרופיל האוכלוסייה** מקבל ביטוי בהנחות היסוד לדרישה למיטות אשפוז כללי.
- בישיבה עם נציגי מחוז ירושלים, התברר כי לא קרקע להקמת בי"ח נוסף במזרח ירושלים.

ספי מנדלוביץ' -

- אין מקום לבי"ח גדול במזרח העיר. אל-מקאסד הוא ביה"ח השלישוני של הרשות הפלסטינית.
- עלייה בתחלואה תושבי ירושלים – צפויה עלייה בתחלואה הכרונית בקרב תושבי העיר, מרכיב דומיננטי שצריך להילקח בחשבון למחוז ירושלים.
- **האוכלוסייה במזרח ירושלים מתמודדת עם קשיים ייחודיים בנגישות לטיפול רפואי:** קשיים פוליטיים, הפרדה, קשיי הגעה לטיפול רפואי וקצב גידול נמוך במיטות אשפוז במזרח ירושלים. יש לוודא שתמ"א 49 לא מעצימה את הפער בין מזרח למערב העיר.

רונית מזר –

- הצוות המקצועי והרפואי של התכנית יוודא שהאוכלוסייה המיוחדת של מזרח ומערב ירושלים תילקח בחשבון. במידת הצורך בעתיד בתי החולים יבנו בהיקף גבוה יותר בכל משבצת קרקע.

טליה שוסברגר –

- **מיטות אשפוז המעוגנות בתב"עות** – אושרו תב"עות שיגדילו את בתי החולים הקיימים.
- **בי"ח חדש בבית שמש** – קיים איתור שטח קטן ולא איכותי לבי"ח בבית שמש, בו ניתן יהיה להקים בי"ח בן 200-300 מיטות אשפוז במצב האופטימלי.
- **תוספת שטחים לבי"ח שערי צדק** –בי"ח גדול המתבסס על שטח קטן. בסמוך לביה"ח שערי צדק קיימים מגרשים של בית"ר ירושלים, וזו עתודת קרקע הסבירה אליה ביה"ח יוכל לגדול, ולא רק לכיוון שדרות הרצל. כדאי להסדיר עם רמ"י שריון עתידי של המגרשים.
- **קשיים ייחודיים לבי"ח שערי צדק** – קיימים בתי חולים שיכולים להרוס בניין ולבנות מגדל, אך בשערי צדק זה בלתי אפשרי.
- **ארובת ביה"ח (סוגיות בריאותיות וסביבתיות)** – אינה בשימוש ותוסר בקרוב.

עדנה לרמן –

- **המשך העבודה עם ביה"ח והמחוז** – בשלב זה צוות התכנית יבדוק כל בי"ח ויבדוק מהן אפשרויות הגידול במשותף עם המחוז ובתי החולים.

עופר מרין -

- העבודה של צוות התמ"א חשובה אך הפגישה התקיימה בשיא מגיפה הקורונה, לכן קיים קושי להמשיך את הדיון.
- **מגמות עתידיות** –אינו בטוח שבהסתכלות עתידית של מערכת הבריאות יש להתמקד בעיקר במספר מיטות אשפוז, ישנם גורמים נוספים משמעותיים.
- **מס' המוסדות הגריאטריים בירושלים קטן**, דבר שמעמיס מאוד על ביה"ח.
- **שינוי במחלף מוצא** – המחלף עתיד להתפרש ולהגיע עד לכניסה לביה"ח ולהפכו למרכזי עוד יותר.

06.01.2021 - פגישה עם הנהלת מרכז רפואי גריאטרי פרדס חנה – שהם

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

המרכז הרפואי שהם: טניה בוגוסלבסקי – מנהלת המרכז הרפואי, תמי פורת-פקר – סגנית מנהלת המרכז הרפואי, יהודה אביצור – מנהל אדמיניסטרטיבי

משרד הבריאות: משה רונן

צוות התכנון: עדנה לרמן, עדי ניב-יגודה, יצחק מרום, תמי סתו, חן הררי, גלי פרוינד.

טניה בוגוסלבסקי –

- מרכז שהם הוא הגדול מסוגו בארץ, קיימות בו כל סוגי המחלקות הגריאטריות הפעילות למעט סיעודי. ביה"ח נותן שירות לכל קופות החולים ומשרת אזור גיאוגרפי רחב.
- הקורונה שינתה את תפקודו של ביה"ח – טיפול במאות חולי קורונה במקום בתי חולים כלליים. נפתחו 3 מחלקות חדשות והוכשרו צוותים לטיפול עם המחלה.
- בתי החולים הגריאטריים מתפתחים והן שווי ערך בתפקודם למחלקות אשפוז פנימי בבתי חולים כלליים.
- כניסת טכנולוגיות מתקדמות משפיעות מאוד על המרכזים הגריאטריים: **יש אפשרות לפיתוח מחלקות אשפוז גדולות יותר.** בנוסף, ישנו צורך בפיתוח מחלקות חדשות כמו מרלו"ג, מחסנים, מרכזים לוגיסטיים.
- הזדקנות האוכלוסייה – לא בהכרח גיל האדם אשר משפיע על הבריאות, אלא תפקודו.
- משפחות כחלק בלתי נפרד מהטיפול באדם המבוגר – יש לחשוב על פיתוח מקומות לינה לבני משפחתם של המאושפזים.
- **גודל בי"ח גריאטרי** – מוסדות גריאטריים סיעודיים שונים במהותם מבתי חולים גריאטריים. מוסדות סיעוד יכולים להיות בעלות 200 מיטות אשפוז. בתי חולים גריאטריים מתפתחים בדומה לבתי חולים כלליים, **סף תחתון לבי"ח גריאטרי חדש – סביבות 500 מיטות אשפוז. בהחלט ניתן לפתח בי"ח גריאטרי בעל 1,000 מיטות אשפוז.**
- **אופי בניה בבתי חולים גריאטריים** – ניתן לבנות מבנים של עד 5-6 קומות אך לא יותר מכך. ישנם סוגי טיפול אשר נדרש בניה נמוכה צמוד קרקע (הוספיס למשל).
- **קהילה –**
  - הטיפול בקהילה כפי שהוא היום אינו יכול להתמודד עם בעיית ההזדקנות באוכלוסייה.
  - יותר זול ונכון להביא את המטופל הגריאטרי אל הרופא מאשר ההפך.
  - שירותים רבים שניתנים בקהילה צריכים להיכנס לתוך מתחם ביה"ח הגריאטרי וליצור קהילה בתוך ביה"ח.
  - ישנה חשיבות עצומה בהכשרת כוח אדם מיומן (רופאים, אחיות, עובדי סיעוד ועוד) על מנת לאפשר פיתוח מוסדות גריאטריים בקהילה. כיום כוח האדם אשר מטפל בקשישים בישראל הם עובדים זרים.

- **אשפוז בית** – צריך לפתח מספר רב של כוח אדם מקצועי על מנת לדבר על אשפוז גריאטרי ביתי. כיום כוח האדם מתבסס על עובדים זרים.
- **טיפול גריאטרי** – טיפול במרכז גריאטרי זול ביחס לבי"ח כללי. **מאושפז גריאטרי צריך להיות בבי"ח כללי מינימום זמן**. מעל 80% מהמאושפזים במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים הם קשישים. בביה"ח שהם 20% מהמאושפזים הם מתחת לגיל 64 ובמחלקות להנשמה כרונית שוכבים גם אנשים בני 20. היום המרכזים הרפואיים מטפלים ב-post acute care, אולי צריך להיקרא non-acute care.
- **תשתיות בבי"ח גריאטרי** – מתעצם הצורך בפיתוח תשתיות לרווחת צוות ביה"ח - מתחמי מגורים לצוות, יחידות דיור, אזורי התאווררות.
- **שירותי רפואה אמבולטוריים** - שירותים אמבולטוריים הם חלק בלתי נפרד מפעילות בי"ח.

יהודה אביצור –

- ביה"ח בעיצומו של הכנת תכנית אב ל-2048 – חשוב שיהיה סנכרון בין התכניות.
- **בתב"ע המאושרת** יש אפשרות לבנות לגובה, אפשרות לבנות מסחרי, קיימים 270 דונם מאושרים לבנייה. יש אישור לבנייה עד קומה 4 או 6 קומות.

יצחק מרום –

- 40% מהמטופלים במרכזים הגריאטריים בני פחות מ-75.
- 80% מהטיפול הגריאטרי נעשה ע"י גופים פרטיים.
- שינויים טכנולוגיים יכולים לשפר את איכות הטיפול אך אוכ' ישראל הקשישה בשנת 2048 תשלש את עצמה ביחס להיום.

עדנה לרמן –

- חלק מהאשפוז יעבור למוסדות קטנים בקהילה. מדובר על מוסדות של 100 ו-200 מיטות שמאפשרות פריסה רחבה יותר למחלות כרוניות ארוכות. אתם רואים לכך היתכנות?
- יש מקום לפיתוח נוסף של מרפאות יום?

טניה בוגוסלבסקי –

- יש מקום למוסדות גריאטריים סיעודיים של 100 ו-200 מיטות בקהילה אבל חשוב מאוד לפקח על תפקוד ביה"ח והצוות המטפל. התחום הסיעודי המורכב יכול להיות במוסדות קטנים אשר ידעו לתת טיפול פליאטיבי.
- **מרפאות יום** - קופות החולים אחראיות בתחום זה, ואם זה היה כדאי להן הן היו פותחת עוד מרפאות כאלה.

6.1.2021 - ישיבה עם לשכת תכנון מחוז דרום

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מחוז דרום: תומר גוטהלף מתכנן המחוז, עודד פלוס יו"ר הועדה, רחל קטושבסקי סגנית מתכננת

משרד הבריאות: משה רונן

מנהל התכנון: רונית מזר

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', רינה דגני, יצחק מרום, תמי סתיו, גלי פרוינד, חן הררי

סיכום הנושאים המרכזיים שעלו מצד לשכת תכנון מחוז דרום –

- **התייחסות לנפות במרחב דרום** – רצוי להפנות את המענה של נפת אשקלון אל ביה"ח ברזילי ואסותא אשדוד (מורחב). המענה של נפת ב"ש (אופקים, דימונה, ירוחם, נתיבות, וכל היישובים מדרום לב"ש כולל רהט ולהבים) יופנה לבתי החולים סורוקה וביה"ח פרס.
- צוות המחוז מדגיש את החשיבות של הקמת בתי חולים ומרכזים רפואיים כחלק ממרקם עירוני.
- **גידול צפוי של קרית גת ונתיבות** – קרית גת צפויה לגדול לכדי 150,000 תושבים לפחות, נתיבות עשויה להגיע גם ל-100,000 תושבים. **יש מקום להקמת בי"ח חדש בקרית גת.**
- **אסותא וברזילי** ייתנו מענה רפואי גם לעוטף עזה. אין צורך בפיתוח בי"ח נוסף בין ב"ש לאשקלון. **בי"ח ברזילי** חייב לעבור שדרוג משמעותי.
- **מרכז רפואי עתידי פרס מוקם מחוץ לעיר ב"ש וקיימת בעיית נגישות אליו**. הרכבת לאילת אינה מיועדת לעבור דרכו.
- **בי"ח יוספטל** –מענה רפואי ברמה נמוכה ויש צורך לשפר את איכות השירות הרפואי בו.
- **עלה נגב** – מוסד שיקומי שלידו מפותח בי"ח שיקומי (דוגמת בית לוינשטיין), צמח ביוזמה מקומית כמוסד מתקדם ברמה גבוהה. ממוקם ליד אופקים, לא נגיש לפי הסטנדרטים של המחוז.
- **פריפריה רחוקה** – יש לחשוב כיצד לאפשר מענה למקומות פריפריאליים (מצפה רמון למשל).

משה רונן –

- מסכים שאין צורך בבי"ח נוסף בין אשקלון לב"ש.
- משרד הבריאות העלה את הצורך בהקמת בי"ח חדש בקרית גת.
- המענה ביישובים מדרום לב"ש יינתנו בב"ש.
- **פריפריה רחוקה** - תיתכן הקמת "מוקד בריאות קדמי" במצפה רמון בהיקף של מרפאת מומחים גדולה.
- לא חושב שיש מקום לפתח בי"ח סקטוריאלי לאוכלוסייה הבדואית.

13.01.2021 - פגישת המשך, לשכת תכנון מחוז חיפה

מקום : פגישה מקוונת

משתתפים :

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן.

מינהל התכנון: פיאנה קרנץ.

מחוז חיפה: הדר סלע, נעמה סלע, שרון ברקת, מיכל דנציגר, לירון פרחי

צוות התכנון: עדנה לרמן, תמי סתו, חן הררי, גלי פרוינד.

שרון ברקת –

- בי"ח רמב"ם - רק מבנה אחד מתנשא לגובה של 20 קומות, כל יתר המבנים 3-8 קומות. יש לנצל בצורה מיטבית את שטח הקרקע של ביה"ח ולעלות את המבנים לגובה. יש הרבה שטחי חנייה ומעברים על קרקעיים שאפשר להכניסם לתת הקרקע.

משה רונן –

- סיכמנו עם דקלה פרסיקו בעבר שתכנית הותמ"ל תשריין שטח מפינוי בסיס חיל הים לטובת בי"ח רמב"ם. ברור ששטח ביה"ח הקיים קטן מדי להתפתחותו ההכרחית.
- בי"ח הלל יפה - קיבל כ-40 דונם נוספים לשם גידול עתידי – אושרה הרחבתו לשנת 2050 לכ-1,900 מיטות אשפוז.
- מתנגדים לאמירה שביה"ח בני ציון ייסגר. אנחנו בעד השארת ביה"ח בשל מיקומו האורבני.
- בתי חולים לברה"נ חייבים להישאר כמענה לצורך האשפוזי.

שרון ברקת –

- התכנית יצאה מהותמ"ל וכרגע מתנהל סביב נושא קנייני. צריך לבדוק כמה שטח נוסף צריך רמב"ם להתפתח.
- הפרוגרמה הכללית של ביה"ח מדברת על עלייה ל-250% בנייה.
- מנחת בי"ח רמב"ם - מתואם עם משרד הביטחון והמנחת יישאר במקומו הנוכחי.
- אם לא תהיה כדאיות כלכלית לפינוי הבה"ד הוא לא יפונה. אם תהיה בקשה להעביר לביה"ח שטח גדול מדי כנראה שהוא לא יפונה.

עדנה לרמן –

- בבי"ח רמב"ם 101 דונם – הוא סובל ממצוקה רבה של שטח להתפתחות. חשוב מאוד לאפשר את התפתחותו – בעל מעמד ייחודי מבחינת פרוצדורות רפואיות לשגרה ולחירום.
- בי"ח גריאטרי פלימן – ככל הנראה ישתף פעולה/יסופח אל ביה"ח רמב"ם.
- תכנון עתידי למיטות אשפוז כללי - סדר גודל של כ-180 מ"ר בנוי למיטת אשפוז כללי - כולל מרכיבים של מעבדות, חדרי ניתוח, מכונים ועוד.
- באזור עירוני עמוס כמו ברמב"ם (או כמו סוראסקי בת"א), כאשר המצוקה הקרקעית מאוד גדולה, צורך בחשיבה כיצד מוספים שטח קרקע נוסף להרחבה. צריכה להיות תכנית בשלבים לניצול הקרקע הקיימת. בבתי חולים כאלו לא יהיו מגורים כי המרקם העירוני צמוד. גם הכשרה של הצוות הרפואי יכולה להינתן במרחב הקרוב ולא בשטחו של ביה"ח.

- התכנית לא תקבע את התפקוד של בתי החולים - אלא רק את הצרכים העתידיים וגדלים נדרשים.
- בי"ח בני ציון - מיטות האשפוז ככל הנראה יעברו לבי"ח בגלעם. לדעתנו מערכת הבריאות חייבת לשמור על השטחים המתפנים.

הדר סלע –

- לא ברור כיצד עלינו לגשר בין התמ"א לבין הצרכים שביה"ח מציג? בפרוגרמה הגנרית שלכם יש מגורי סגל, אבל פה ברור שלא יהיו בתוך המתחם. איך אנחנו כלשכת התכנון צריכים לבחון ולהתייחס.
- אישרנו לאחרונה את הגדלתו של בי"ח הלל יפה - חדרה הולכת להיות עיר גדולה מאוד. ביה"ח יהיה על ציר המתע"ן מעפולה עד חדרה ותהיה תחנה לביה"ח.
- בתכנית הותמ"ל נאמר כי בי"ח בני ציון יעבור לביה"ח העתידי בגלעם - כדאי לשמור את השטח כמוסד בריאות.

ניר כספי –

- יש מקום לעלייתם של חלק ממבני ביה"ח לגובה. צריך לאפשר מיקום חלופי לביה"ח להמשיך לתפקד בזמן השיפוצים – כ- 30 דונם.
- מבנה שמשמש לאשפוז לא יהיה מעל 8 קומות - בעת חירום מבנה רב קומות מקשה עד בלתי אפשרי לפינוי.

בריאות הנפש - האוכלוסייה שמגיעה לבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים הם הקשים ביותר. צריך להבטיח אשפוז ראוי לאוכ' זו.

שיקום - מוסיפים כרגע 120 מיטות אשפוז לשיקום בבי"ח פוריה. הריכוז המצומצם של מרכזים שיקומיים פוגעת באיכות השירות. מקימים מרכז שיקומי נוסף בנהריה.

עדנה לרמן –

- המחוז ציין כי יש להקים **בי"ח בואדי ערה** – צוות התכנון חושב שניתן לפתח מוקד שירות באזור (במחוז צפון למשל מדובר על מוקד שירות קדמי בקרית שמונה). ביה"ח הלל יפה נמצא די קרוב ולכן ככל הנראה אין צורך בהקמת בי"ח אלא מוקד אזורי.
- **הנגישות** למרכז רפואי מאוד חשובה - אזור תעסוקה מבודד לא מתאים.
- **שער מנשה** – נמצא על שטח של 700 דונם, זו עתודה גדולה מאוד לפיתוח מערכת הבריאות.
- **אשפוז גריאטרי** – התכנית מציעה כי האשפוז האקוטי יינתן בבתי חולים כלליים וייעודיים, ואשפוז כרוני (ממושך) בקהילה. כיום כ- 61% מהאשפוז הגריאטרי בארץ ביוזמה פרטית - בבתי אבות אשר בהם מיטות אשפוז ברישיון משרד הבריאות.
- **בריאות הנפש -** קיימים מספר סוגי מוסדות בקהילה: בפרדס חנה "בית אקולוגי" לאשפוז כרוני - קרקע ציבורית אבל המוסד פרטי ושוכר את שטח. "בית מאזן" – בית מגורים שמטרתו מניעה מוקדמת לאשפוז, בד"כ לשהייה של כחודש עד שישה שבועות.
- **שיקום -** בתי החולים השיקומיים מעטים מאוד במערכת. ככל הנראה צריך בי"ח שיקומי נוסף אחד בצפון ואחד בדרום. צריך לראותם בראייה ארצית ולכן עוד לא יכולה לתת התייחסות ספציפית.

- **בי"ח מזור** מיועד לעבור לבי"ח גלעם.

הדר סלע –

- בתמ"מ 6 יש איתור קרקע באזור ערערה-אום אל פאחם, אנחנו עומדים לבטל אותו. המחוז צריך לדעת גדלים של משבצות קרקע למוסדות בריאות על מנת שיוכל לאתר שטחים ראויים.
- תכנית כוללנית חריש - קיימת חשיבה על שימוש בשטחי מחצבות שיצאו מפעולה, למשל מחצבת ורד שתצא מכלל פעולה בקרוב.
- אנחנו מסכימים שיש צורך בפיתוח מוקד רפואי בואדי ערה-חריש.
- מערכת הסעת המונים - נתיבי ישראל מתכננים מעפולה עד חדרה BRT (בדומה למטרונית) על כביש 65. קיימת תכנית לכל מרחב נתניה-חדרה של משרד התחבורה.
- תקציר מנהלים – חשוב לרכז את החומרים והצרכים על מנת שיהיה ממוקד.

18.1.2021 – ישיבה עם הנהלת מרכז רפואי הדסה

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מרכז רפואי הדסה: פרופ' זאב רוטשטיין – מנכ"ל הדסה, פרופ' יורם וייס - מנהל בית החולים עין כרם, ד"ר תמר אלרם - מנהלת בית החולים הר הצופים, ברונו לביא - משנה תפעולי למנכ"ל, אורי גולדשטיין

לשכת תכנון מחוז ירושלים: שירה תלמי – מתכננת מחוז י"ם, גידי בן עמי – משנה למתכננת המחוז

לשכת בריאות מחוז ירושלים: פרופ' חן שטיין-זמיר – רופאת המחוז, טליה שוסברגר - מנהלת המחלקה לבריאות הסביבה, זהבה סדן, קיריל פקטה

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן

מנהל התכנון: רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

זאב רוטשטיין –

- **מרכז הדסה** – מרכז בינלאומי, שלישוני ומתקדם בנושאי פיתוח וחדשנות רפואית ומחקרית.
- **מערכת הרפואה בישראל –**
  - התפתחה בסוף המאה ה- 19 ויצרה ערב רב של מערכות רפואיות טרום הקמת המדינה, לא תוכננה בצורה מאורגנת.
  - במשך השנים הוקמו 6 בתי חולים על ובנוסף בתי חולים אזוריים. בתי החולים השונים משכו להתפתחות מואצת בלי ראייה מערכתית אזורית וכלל ארצית כך שטושטשו ההבדלים בין בתי חולים על לאזוריים.
  - פיתוח לא מערכתי מוביל לעיוות רפואי – בעקבות החלטות פוליטיות ומאבקים של גופים במערכת מתפתחת תחרות לפונקציות על – יוצר תחרות לא בריאה, חוסר יעילות מערכתית ואי יעלות כלכלית.
- **בית חולים וקהילה** – בישראל התפתחה המערכת תוך הפרדה ברורה בין בתי חולים והקהילה (פרט לקופ"ח כללית). לכן כמעט ולא קיים שת"פ בין בתי החולים לקהילה. שת"פ שכזה הכרחי למערכת רפואה איכותית (יתרונות רפואיים, כלכליים ותכנוניים).
- **גודל בי"ח –**
  - **תכנון אידיאלי** – פריסה רחבה של בתי חולים אזוריים/קהילתיים לכל 250,000 תושבים (בעלי פונקציות בסיסיות כמו פנימיות, טראומה פשוטה, ילדים, יולדות, כירורגיה ועוד) בשת"פ ו"פיקוח" של בית חולים על. היראכיה בין מוסדות האשפוז נחוצה למערכת מסודרת.
  - **יתרון לגודל** – חושב שבי"ח גדול צריך להיות עד 2,000 מיטות אשפוז המחולקות לאגפים והנהלות שונות. קיימים יתרונות רבים לבי"ח המשלב בין סוגי האשפוז: יתרון רפואי, איכות טיפול גבוהה, לוגיסטיקה אחת ועוד.
- **מערכת הבריאות בירושלים –**

- **מערב י"ם** – שני מוסדות בריאות גדולים – הדסה ושערי צדק.
- **מזרח י"ם** – מוקדים פוליטיים ועמותות צדקה מפעילים בין היתר שירותים רפואיים. אין שת"פ ביניהם ואיכות הרפואה במזרח העיר נמוכה משמעותית מהמערב – לכן טיפולים רפואיים מתקדמים מתקבלים במערב העיר ובחו"ל (ירדן ועוד).
- **מרכז הדסה** –
  - **הדסה עין כרם** – צריך להגיע עד 2,000 מיטות אשפוז - שילוב של אשפוז גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקומי תחת קורת גג אחת. מבקשים תוספת של אזור תעסוקה ומחקר רפואי בצמוד לביה"ח. סביב בית החולים יש מקום לקידום תעסוקה רפואית.
  - **הדסה הר הצופים** – יש אפשרות גידול משמעותית וקיים תכנון להגדלת ביה"ח לפי שלוש ממיטות האשפוז הקיימות. מתוכנן מגדל אשפוז של 15 קומות. מתוכנן בניין לאשפוז שיקומי - 250 מיטות, בניין נפרד לנשים וילדים, חדר מיון חדש, חניון תת קרקעי.
- **בי"ח שיקומי** – יש צורך בהקמת בי"ח שיקומי בירושלים סדר גודל של 250 מיטות אשפוז.

- **פסיכיאטריה** – יש צורך בקידום משמעותי לשירות פסיכיאטרי בי"ם – טיפולים משולבים בקהילה ובאשפוז יום.
- **בי"ח גדול לילדים** – יש צורך בהקמת בי"ח מומחה לילדים בי"ם (כמו שניידר, ספרא ודנה) תחת קורת הגג של בי"ח כללי.
- **בנייה לגובה** –
  - הטכנולוגיה הקיימת מאפשרת בנייה לגובה גם למטרות אשפוז.
  - אין ברירה אלא לבנות לגובה עקב המחסור בקרקע.
  - ייעול הפעילות של בית החולים – עדיפות מאשר בי"ח פרוס.
- **מנחתים** –
  - יש צורך רפואי בשגרה ובחירום למנחתים הקיימים גם במתחם עין כרם וגם בהר הצופים.
  - מנחת גג – בעולם מקובל מאוד. בישראל פחות מפותח, חיל האוויר לא נוחת על גגות.
  - **תת הקרקע** – מאוד חשוב לפתח בתי חולים עם בנייה לתת הקרקע למרות העלויות הגבוהות:
    - **חנייה תת קרקעית** – חשובה וחוסכת מקום. יכולים לשמש את ביה"ח בזמן חירום.
    - **אמצעים מוגנים** – מקלטים וחדרי ניתוח ממוגנים.
- **בית חולים בבית שמש** – יש צורך בהקמת בית חולים קהילתי/אזורי בסדר גודל של 200 מיטות אשפוז עם חיבור לבי"ח על בירושלים. יש צורך באפשרות פיתוח של בית החולים פי 3 עד 600 מיטות אשפוז.

משה רונן – משרד הבריאות ממשיך בעבודה לבסס בתי חולים כתשתית לאומית – מה שיקל על המערכת לתכנון.

26.1.2021 - ישיבה עם מרכז רפואי שערי צדק

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מרכז רפואי שערי צדק: ד"ר ספי מנדלוביץ' – סמנכ"ל רפואה, עו"ד דורון נויוירט סמנכל מינהל ומשק

משרד הבריאות מחוז ירושלים: טליה שוסברגר

לשכת תכנון מחוז ירושלים: גידי בן עמי

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', עדי ניב יגודה, יצחק מרום, עופר מנחם, אורית נבו, חן הררי

סמנכ"ל בינוי -

- **בתי חולים חדשים** – ב-40 השנים האחרונות נבנה בי"ח חדש אחד במדינת ישראל. יש קושי בהקמה של בתי חולים חדשים, יש קשיים במימון הקמה ותפעול של בתי חולים.
- **בתי חולים בירושלים** – הדסה ושערי צדק יהיו בתי חולים על וישרתו את כל מטרופולין ירושלים, לכן יש להגדילם.
- **בי"ח שערי צדק** –
  - צריך לגדול מבחינת שטח.
  - חירום – 6 קומות מתחת לאדמה אך לא לשעת חירום. מקודמים פרויקטים למיגון מחלקות ומיון.
  - תחב"צ – מעריך שבעתיד מרבית עובדי ביה"ח יגיעו עם תחב"צ.
  - שת"פ עם אקדמיה – יש צורך לקדם הנושא ולהקים מרכז מחקר חדש לביה"ח.
- **בי"ח בבית שמש** – אין צורך בהקמה של בי"ח בבית שמש.
  - לא יעיל כלכלית להקים בי"ח קטן.
  - המרחק בין בית שמש לי"ם הוא 20 דק נסיעה כך שמקבלים שירות רפואי איכותי.

עדנה לרמן –

- **גודל בי"ח** – סף תחתון לבי"ח הוא 600 מיטות אשפוז. אך יש לקדם שירות איכותי המתבטא בפריסה רחבה יותר של השירותים הרפואיים.
- **בי"ח בבית שמש** – הצעת צוות התכנון הוא הקמה של בי"ח בעל 600 מיטות אשפוז.
- **תמ"א 49** – מציגה את הצרכים של מערכת הבריאות ותאפשר את התפתחותה בהקצאת קרקע.

ספי מנדלוביץ' –

- **מזרח ירושלים –**

- חשוב שהתכנית תתייחס בצורה נרחבת יותר. האוכלוסייה במזרח העיר תגדל, ריבוי מחלות כרוניות, חולים מורכבים יותר – יש לקדם שיפור באיכות הטיפול לאוכ' זו.
- **שערי צדק** – מהווה כעגן הניקוז לאוכ' מזרח ירושלים.
- **שת"פ עם מוסדות במזרח העיר** – קיימים שת"פ עם בי"ח אוגוסטה ויקטוריה. לא קיימים שת"פ נוספים עם מוסדות בריאות במזרח ירושלים.
- **טיפול בקהילה** – יש לשפר גם את הטיפול הניתן בקהילה. רפואה ראשונית איכותית יכולה למנוע אשפוז.

- **טלה רפואה** – יכולה להקל בשירות מטופלי קצה, לא מורידה לחץ משמעותי.
- **בי"ח שערי צדק – דמות עתיד –**
  - ביה"ח שערי צדק כבר היום נותן שירותים של בי"ח שלישוני (למעט השתלות). תמהיל המיטות ישתנה וככל הנראה יהיו הרבה יותר מיטות אקוטיות (טיפול נמרץ). חשוב להמשיך לפתח טיפולי המשך על מנת לא להשאיר מאושפזים שלא לצורך בביה"ח.
- **בי"ח שערי צדק תכנית פיתוח –**
  - 200,000 מ"ר עיקרי + 200,000 מ"ר לשירות.
  - ביה"ח יכלול בניין מסחרי, מלונאות, בניין מחקר.
  - מתכננים הגדלה לכ- 1,200 מיטות אשפוז כללי (ומתוכן הגדלת המיטות האקוטיות). מאמין שמעל מספר מיטות זה ביה"ח אינו יעיל. קיימת אפשרות למרכז שיקום נפרד.
  - תמהיל מיטות אשפוז – כבר היום יש לשנות את תמהיל המיטות לטיפול נמרץ - 50% ממיטות האשפוז לטיפול נמרץ.
- **קריה רפואית משולבת** – מסכים כי יש לשלב מגוון אשפוזים (כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקומי) במרכז בריאות אחד. לשערי צדק אין מספיק שטח על מנת לפתח סוגי אשפוז נוספים. אשפוז פסיכיאטרי לפי המודל הקיים היום אינו כלכלי.
- **שיקום** – מקודם מרכז שיקום חדש בבי"ח פוריה – יש לקדם מרכזי שיקום נוספים בפריסה ארצית.
- **גריאטריה** – ככל הנראה בי"ח שערי צדק לא יכלול גם אשפוז גריאטרי. חושב שיש לדייק יותר את הערך המוסף של בי"ח כללי באשפוז חולים גריאטריים מורכבים.
- **התפתחות ביה"ח מחוץ לשטחו –**
  - אישית פחות מאמין בכיוון זה. כבר היום יש בעיות תפעוליות רבות בשת"פ עם שירותים הניתנים מחוץ למתחם ביה"ח (שת"פ עם ביקור רופא בעיר). בעתיד החולים ככל הנראה יהיו מורכבים יותר כך שיש צורך בטיפול בתוך ביה"ח.
  - פיתוח מוקדי לווין של בית החולים יכולים להתפתח אך יתנו מענה שולי.
- **קהילה** – יש לפתח מוקדי טיפול ואשפוז המשכי – בעיקר לחולים כרוניים. קיימים מטופלים רבים המאושפזים בבית החולים שצריכים לקבל טיפול בקהילה (מוסדות טרום אשפוז, אשפוז המשכי).
- **מכון ירושלים** – ערכו את תחזיות האוכלוסייה לבית החולים, חושב שכדאי להיפגש עימם להשוואת תחזיות האוכלוסייה.

טליה שוסברגר –

- **מזרח ירושלים** – אוכלוסייה של 330,000 נפש – בפועל העיר הערבית הגדולה בארץ. השירות הרפואי מתקבל ברובו במערב העיר. צריכה להיות התייחסות ממוקדת לאזור זה.
- **בי"ח שערי צדק** – יש צורך בהגדלת שטח ביה"ח (ביה"ח בעל שטח קטן, בנוי בצורה אינטנסיבית, קיימות הגבלות גובה). מגרשי הכדורגל הצמודים הינם אפשרות טובה להתפתחות.
- **ביקור חולים** – במתחם זיו אושרה תכנית ל2 בנייני מגורים, בקומה התחתונה – מרפאות של בי"ח שערי צדק – שירות טוב לקהילה, בעיקר לאוכ' החרדית באזור.

גידי בן עמי –

- **ביקור חולים** – שלביות בביצוע – התניית הקמת המגורים במרפאות.
- **מזרח ירושלים** – כל עוד לא ניתן להקים מוסד אשפוזי מוביל, יש לחזק את השירות הרפואי בקהילה.
- **בי"ח בבית שמש** – יש צורך בהקמת ביה"ח.
- **הרחבת בי"ח שערי צדק** – תמ"א 49 תצביע על הצרכים לפיתוח ביה"ח ותאפשר לוועדה המחוזית בירושלים לקדם תכניות להרחבת ביה"ח.

2.2.2021 - פגישה עם מרכז רפואי בנימין

משתתפים:

מנהל חברה הכלכלית של מטה בנימין: שימי ניומן, דייויד מרקוס, נציג המרכז **שימי ניומן ודייויד מרקוס**

משרד הבריאות: ניר כספי

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידבויץ', תמי סתיו, חן הררי

- **מועצה אזורית בנימין** – 46 ישובים, 84,000 תושבים.
- **מתן מענה רפואי 24/7** – על פי הנחיית משרד הבריאות יש לתת מענה רפואי בכל מקום המרוחק 30 דקות נסיעה מבי"ח.
- **שירותים רפואיים באזור יו"ש** – ירודים מאוד, אין שירותים מתקדמים.
- המרכז הרפואי המוקם בימים אלו בשער בנימין הוא דוגמה למרכז רפואי גדול בקהילה – כ 10,000 מ"ר בנוי על 6.7 דונם. המרכז ממוקם באזור תעשיה. דגם כזה של מרכז רפואי יכול להיות ממוקם בפריפריה.
- המרכז עצמו נבנה ויהיה בבעלות עמותה פרטית ואמור לתת שירותי בריאות לכל חברי קופות החולים והן לאוכלוסייה הפלסטינית באזור.
- **מרכז רפואי עתידי בבנימין** –
  - **4 מבנים עיקריים**, 2 כניסות (מקומה -2 ומקומה 0).
  - **שלב א** – 2 קומות (קומת כניסה ומפלסים -1, -2)
  - **שלב ב** – הקמת 2 קומות נוספות מעל קומת כניסה (0).
  - **שטח המרכז הרפואי** – 6.7 דונם. בשלב א מתוכנן 5,200 מ"ר, בשלב ב מתוכננים 5,200 מ"ר נוספים.
  - **קומה לשכירות ושימוש כל קופות החולים** – קופות החולים ישכירו ציוד רפואי ושטח במרכז ויפתחו מענה רפואי.
  - **מחלקת יולדות** – לא יהיה מענה ללידות מתוכננות (רק לידות חירום), מענה רפואי ללידות חירום יינתן במרכז (לפי הנחיות משרד הבריאות לא ניתן להקים מחלקת יולדות בנפרד מבי"ח).

שירותים רפואיים – יינתנו כמה שיותר שירותים רפואיים – תחת הכלל של שירותי רפואה עד 23 שעות אשפוז. המרכז אינו כולל מיטות אשפוז כלליות או גריאטריות

- **שירות רפואי לאוכ' הפלסטינית** – באזור 330,000 פלסטינים אשר יכולים לקבל שירות רפואי במרכז.
- **מודל עסקי** –

- **איזון כלכלי** – יינתנו שירותים רפואיים בהתאם לאיזון כלכלי עם פעילות המרכז. העמותה היא זו שתעסיק את הצוותים הרפואיים שנותנים את השירותים ולא הקופות.

- **שימוש קופות החולים** – המרכז כולל שטחים המיועדים להשכרה עבור כל 4 קופות החולים וכן מגוון שירותים רפואיים הכוללים רפואת חירום, בית מרקחת וטיפולי יום שקופות החולים יכולות להפנות אליהם. צוין כי שיתוף פעולה בין הקופות במרכזים כאלה אמנם חיובי אך גם הורג את התחרות ולא בהכרח מוזיל עלויות.
- **כוח אדם** – קיים הון אנושי רב באזור. בנוסף, ניתן להשכיר שטחים במרפאה לפעילות רופאים עצמאיים.

4.2.2021 - פגישה עם מרכז רפואי גריאטרי בית רבקה

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מרכז רפואי גריאטרי בית רבקה: ד"ר מירה מרם – מנהלת בית החולים

קופ"ח כללית: אבינועם פירוגובסקי – ראש אגף רפואה, אבי תורג'מן – אגף תכנון ובינוי

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

מירה מרם –

- בית החולים בית רבקה הינו מרכז רפואי שיקומי גריאטרי ומהווה בית חולים לכל דבר.
- סה"כ 268 מיטות אשפוז, מתוכן 180 מיטות אשפוז שיקומיות.
- **צפיפות ותשתיות** – בית החולים סובל מצפיפות גבוהה ומתשתיות ישנות – מחייב שיפור משמעותי.
- **קיים תכנון להוספת שתי קומות נוספות** – בנוסף לשיפור מחלקות ישנות (מחלקת סיעודי מורכב נמצאת כיום במבנה ישן מאוד) **והגדלת סה"כ מיטות האשפוז ל– 291.**
- **בניה לגובה** – אין חסם רפואי או לוגיסטי לבניית בית חולים גריאטרי לגובה.
- **הנגשה** – נושא חשוב מאוד לאוכלוסייה הגריאטרית.
- **בי"ח בית רבקה** – בי"ח ציבורי המקבל מטופלים מכלל הקופות, 70% מהמטופלים הם של קופ"ח כללית (מוסד של הכללית).
- **מטופלים בחדר** – המצב האידיאלי אליו יש לשאוף הוא לשכן 1-2 מטופלים בחדר (יכול להיות שיש עדיפות ל-2 מטופלים בחדר בגילאים מבוגרים יותר), כיום יש 3-6 בחדר (תלוי באיזו מחלקה).
- **מחלקות שיקומיות** – מינימום שהייה 35 ימים. במחלקות של סיעודי מורכב השהייה יכולה להיות חודשים ואף שנים.
- **מחלקת מונשמים בבית רבקה** – אחת המחלקות האיכותיות הקיימות בארץ. יש צורך להגדיל ולחזק מחלקה זו.
- **גודל בי"ח גריאטרי –**
  - 300 מיטות אשפוז – בי"ח בינוני.
  - 600 מיטות אשפוז - יכול להיות גדול מדי אך אפשרי לניהול.
- **רצף טיפולי** – צריך לשפר מאוד. כיום לא קיימים מוסדות המשך לאחר שחרור מביה"ח, לא קיים גורם המאחד את כל הטיפולים ולכן רבים מהמטופלים לא מקבלים המשך מעקב וטיפול ראויים. חסרות יחידות לקשר ומעקב.
- **קהילה** – לא כל סוגי החולים מתאימים למעבר לקהילה. יש חולים שאמנם לא מוגדרים אקוטיים אבל הם מאוד קרובים לכך ולא יוכלו לעבור לטיפול בקהילה. חלקם בגלל שהמצב

הבריאותי שלהם לא מאפשר זאת וחלקם בגלל העובדה שלא תהיה תמיכה מתאימה של המשפחה. הקהילה לא תוכל להכיל את כולם ויש לקחת זאת בחשבון.

אבינועם פירוגובסקי –

- **גודל בי"ח גריאטרי –**
  - סף תחתון – 200 – 250 מיטות אשפוז.
  - ניתן להקים בי"ח בעל 600 מיטות אשפוז.
- **יעילות כלכלית של בי"ח גריאטרי -** מספר המיטות בבית החולים פחות משמעותי כמו מספר החולים המקבלים טיפול בבית החולים.
- **יתרון לגודל** – ישנה עדיפות לבי"ח גריאטרי בעל מספר רב של מטופלים – טיפול איכותי יותר.
- **מיקום/פריסה של בתי חולים גריאטריים -**
  - **משפחות המאושפזים מהווים חלק אינטגרלי מתהליך הטיפול** - המשפחות מגיעות לביה"ח באופן יומי ולכן **יש חשיבות רבה לקרבה למקום המגורים.** קיימים מקרים רבים שהמשפחות לא מגיעות עקב המרחק.
  - ניתן למקם בי"ח גריאטרי במרחק רב יותר בתנאי שתהיה נגישות איכותית.
- **בניה לגובה** – ניתן לבנות לגובה כל עוד הארגון וההנגשה של ביה"ח באיכות טובה.
- **תמחור מיטות אשפוז גריאטריות –**
  - לא מספיק ובמיוחד במחלקות המורכבות - על כן ביה"ח בית רבקה נמצא ב- 100% תפוסה על מנת לתחזק כלכלית את הפעילות.
- תמרוץ הולם יוכל לאפשר פתיחה של מחלקות מורכבות יותר.
- עקב בעיות תמחור סבורים שלא תהיה מוטיבציה יזמית לפתוח מוסדות גריאטריים.
- **בתי חולים פרטיים וציבוריים** – ככל שאין מדיניות סדורה מהרגולטור, בתי החולים הפרטיים נותנים טיפול אשר יעיל להם כלכלית (לרוב מקרים קלים יותר) ובתי החולים הציבוריים מטפלים במקרים הקשים והמורכבים (למשל סיעודי מורכב).
- **כוח אדם** – אין מספיק. בנוסף אין מספיק תמרוץ לטיפול הגריאטרי ובמיוחד הטיפולים המורכבים יותר כגון סיעודי מורכב ושיקום.
- **מחלקת סיעודי מורכב** – ממוצע שהייה רחב, בין חודשים לשנים.
- **מוסדות גריאטריים ייעודיים המשכיים –**
  - חייבים לפתח מוסדות ייעודיים להמשך טיפול לאחר השחרור מביה"ח.
  - כיום קיימים מוסדות פרטיים עם מיטות אשפוז סיעודי – ניתן לקיים שת"פ עם בית חולים שישמש כמעטפת מקצועית.
  - **כאשר אין טיפולי המשכי לא ניתן לשחרר מבית החולים.**
- **תחלואה גריאטרית תעלה -** גידול האוכלוסייה הכללית וגידול האוכלוסייה המבוגרת תגדיל את כמות התחלואה הגריאטרית.
- **טכנולוגיה** – נושאים כמו ייעוץ וירטואלי יכולים לעזור אך לא מתאימים לכל סוגי האוכלוסייה וביתר שאת לאוכלוסייה המבוגרת.

10.2.2021 - פגישה עם המועצה הלאומית לשיקום

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: פרופ' איתמר גרוטו, משה רונן, ניר כספי

חברי המועצה:

יצחק נר זיו – יו"ר המועצה

אירית לקסר – ראש אגף גריאטריה משרד הבריאות

יולי טריגר – מנהל מחלקת השיקום בבי"ח סורוקה

ירון סשר

מורית בארי – בי"ח שיקומי לילדים

אורלי בוני – מרפאה בעיסוק במשרד הבריאות

רוני גאוגין – לשעבר אחראית רווחה במרכז רפואי רמב"ם

דלית – מנהלת ציוד שיקומי משרד הבריאות

דפנה גוטמן – שיקום ילדים במרכז רפואי תל השומר

עלאה חאג' – מנהל מחלקת שיקום בית בקופ"ח כללית מחוז חיפה והצפון

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביצ', יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

איתמר גרוטו –

- פותח את הישיבה.
- **פוריה** – מרכז שיקום חדש – פתיחה משוערת במרץ 2023.

זאקי זיו נר –

- 20% מהאוכלוסייה עם מוגבלויות למיניהם (פיסי, נפשי וכו'), מעל גיל 65 25% סובלים ממגבלה מסויימת – בדומה לנתוני ה- OECD.
- **קצב ההזדקנות** – ביטוי לרפואה טובה.
- **שיקום** – מבטא איכות חיים ולא רק אריכות חיים.
- **שיקום תמונת עתיד** – בנוסף לגידול האוכ' והצורך בטיפול שיקומי, ככל שהטיפול טוב יותר כך צריך יותר (טיפול לאורך כך החיים).
- **תפוסת מיטות** –
  - סביבות ה - 108%.
  - בשיקום אין תופעת "מיטה במסדרון" אך תפוסת המיטות גבוהה מאוד ולא מתאימה לסטנדרטים הרצויים.
  - תפוסת מיטות נמדדת בחצות הלילה בכל יום – מרבית מיטות האשפוז מטפלות בכמה חולים ביום על אותה מיטה – לא נספר כחלק מהתפוסה.
- **מספר מיטות אשפוז שיקומיות** – נמצא בחסר גדול מאוד ובמיוחד בפריפריה.

- **קהילה** –
  - חלק מהטיפול האשפוזי צריך להיות בקהילה אך לא כתחליף לאשפוז.
  - כמעט ולא קיימים מוסדות לטיפול שיקומי בקהילה (קופות חולים מכבי ומאוחדת מפעילות טיפולים שיקומיים באזור המרכז, קופ"ח כללית באזור הצפון – נאות חרמון).
  - צריך לפתח מוסדות שיקום בקהילה על מנת שניתן יהיה לשחרר מבתי החולים.
- **רצף טיפולי** –
  - אין גורם מתחלל לטיפול השיקומי. פוגע מאוד בתהליך השיקום ומרבית המטופלים לא מקבלים טיפול שלם. קיימות יוזמות פיתוח נקודתי בבתי החולים אך אין ראייה כוללת.
  - מטופל המשוחרר הביתה צריך מפגש עם רופא תוך 24 שעות להמשך הטיפול.
- **עדי נגב** – החליף את שמו מעלי נגב. בי"ח שיקומי בדרום. קיימת מחלקה אחת ממוגנת לחירום.
- **סורוקה** – הוקמה מחלקת שיקום בעלת 20 מיטות אשפוז, כאשר מתוכננת הגדלה לכ- 36 מיטות.
- **חוזה לאמות מידה לטיפול השיקום** – פותח על ידי משרד הבריאות ומציג תמונה כוללת בנושא: בתי חולים, קהילה ואשפוזי יום.
- **מיטות אשפוז שיקומיות בבתי חולים:**
  - גליל נהריה – ברישיון 40 בפועל רק 20 מיטות פעילות.
  - הלל יפה – בפועל אין מיטות אשפוז שיקומיות.
  - אלישע – בפועל לא קיימות מיטות אשפוז שיקומיות.
  - פוריה – בפועל לא קיימות מיטות אשפוז שיקומיות.
  - רמב"ם – 6 מיטות שיקומיות + 6 מיטות לאשפוז יום.
  - סורוקה – קיימת מחלקה איכותית מאוד הכוללת שיקום ילדים.
- **שיקום במחלקות גריאטריות** –
  - צעירים אינם יכולים לקבל טיפול במסגרת מחלקות שיקום גריאטריות. בפועל זה קורה כי אין מספיק מענה לטיפול השיקומי.
  - משרד הבריאות התריע על הצורך בפתיחה של 3 מחלקות לשיקום צעירים, בצפון, במרכז ובדרום – האוצר מתנגד ומתנה את מיטות האשפוז בהסבה של מיטות אשפוז קיימות אחרות.
- **נגישות** – המטופלים השיקומיים לא יכולים להתנייד בצורה קלה, יש לפרוס את מוסדות השיקום בצורה איכותית ולהנגיש אותם בצורה טובה.
- **שת"פ בין קופות החולים** – לא הגיוני שכל קופה תנסה לפתח מוסדות שיקומיים עצמאיים, יש לחשוב על שת"פ ביניהם אשר יאפשר הקמה ופריסה איכותית של מוסדות אשפוז יום.
- **מחלקות שיקומיות בבתי חולים כלליים** – יש לפתח מחלקה שיקומית בכל בי"ח כללי. בבי"ח כללי יש את הראייה הרחבה ביותר לטיפול השיקום.

- **מודלים לטיפול השיקום** – יש מקום לפתח מגוון רחב של מודלים לטיפול השיקום: מחלקות בבתי חולים כלליים, מרכזים יעודיים, מוסדות בקהילה ועוד.

יולי טריגר –

- **מיטות שיקום בארץ** – קיימות מעט מאוד בפריסה ארצית.
- **דרישה למיטות אשפוז שיקומיות -** בכל העולם יש עלייה בנושא – דו"ח של מכון המחקר LANCET.
- **קורונה** – 50% מהחולים נזקקו לסוג מסוים של טיפול שיקומי.
- **לכל בי"ח כללי חייבת להיות מחלקה שיקומית**.

ירון סשר –

- יש צורך להרחיב את מוקדי הטיפול השיקומיים בארץ.
- יותר נכון לבחון את הטיפול השיקומי לפי מספר המוסדות השונים לשיקום מאשר מיטות אשפוז שיקומי – יש לכלול את כלל הטיפולים, בבתי חולים כלליים, יעודיים ובקהילה.
- **קורונה** – במהלך התקופה היו פחות מקרי טראומה ויותר טיפולים אחרים.
- **גמישות** – יש לאפשר התפתחות המערכת לטיפול השיקום בצורה גמישה ודינמית.
- **תפוסת מיטות** – אין באמת ירידה, צורת התגמול של המערכת הפיננסית הרפואית לא "מעודדת" הפניות לטיפול שיקומי.
- **טיפולים משלימים** – בנוסף לפיתוח מיטות האשפוז השיקומי יש לפתח מוסדות וטיפולים משלימים.
- **Aging with disability** – מושג המתאר חיים לצד מגבלה.

מאורית –

- **שיקום ילדים** – אוכ' לא גדולה ביחס לאוכ' המבוגרת – אך יש שנים רבות של טיפול שיקום.
- **כוח אדם** – לשיקום ילדים עם מוגבלות פיסית (למטופלים אוטיסטיים יש יותר כוח אדם) בחסר גדול מאוד.
- **ניהול שיקום** – בדרך כלל לא מנוהל ע"י רופא מומחה.
- **רצף טיפולי לשיקום ילדים** – יש לאחד את כלל הגורמים המטפלים תחת מטריה אחת.
- **שיקום צעירים** – מרבית מהפעמים "נתקעים" – לא ילדים ולא קשישים.
- **טיפולים בקהילה** – אוכ' הילדים יכולה לקבל טיפול גם בקהילה במסגרת אשפוזי יום.
- **בי"ח אלי"ן** – מעל 200 ילדים מטופלים במסגרת אשפוזי יום.

אורלי בוני –

- **נגישות** – חשובה מאוד למטופלי השיקום.
- יש הבדל בין שיקום אקוטי המתמקד בטיפול ממוקד יותר **לשיקום Maintenance** – טיפול שיקומי לאורך כל החיים.

- ככל שמגדילים את טווח השיקום – כך צריך יותר טיפול.

רוני גאוגין –

- **רצף טיפולי** – לאחר שחרור המטופל מבית החולים אין גורם העוזר ומכוון להמשך טיפול. מרבית המטופלים לא יודעים כיצד לפעול להמשך הטיפול.
- **אוכ' תרבותיות שונות** – יש לפתח מענים לאוכ' השונות, יש הבדלים רפואיים בין האוכלוסיות התרבותיות השונות.

איריט לקסר –

- **טיפול בקהילה** – לצד האשפוז בבתי החולים יש לפתח מערכת טיפול בקהילה. כל עוד לא יהיה הסדר כספי עם קופות החולים לא יינתן מענה הולם מצד הקופות.
- **שיקום ביתי** – לא מפותח בישראל.
- **מקרים שיקומיים בינוניים וקלים** – אין מספיק מענה, בניגוד למקרים הקשים יותר.
- **מטופלים צעירים** – לא יכולים ולא צריכים לקבל טיפול במוסדות ואוכלוסיות גריאטריות.
- **קורונה** – מרבית המיטות השיקומיות בארץ הוסבו למיטות לאשפוז בקורונה.

דלית –

- **שיקום המשכי** – כמעט ולא קיים טיפול המשכי סדור לאחר הטיפול בבית החולים.
- **שיקום ביתי** – יעיל יותר למטופלים כרוניים.

דפנה גוטמן –

- **כוח אדם** – נושא מהותי שבלעדיו לא ניתן להקים מיטות אשפוז נוספות. הכשרת מקצוע השיקום כרוך באספקטים רפואיים רבים.

עלאה חאג' –

- מחסור במיטות אשפוז לשיקום בפריפריה מוביל למצב כי הטיפול בקהילה קשה יותר.
- **שיקום בקהילה** –
  - לא כתחליף לטיפול האשפוזי.
  - בעקבות הסדרים עם משרד הבריאות יש שיפור במענה הטיפולי בקהילה (כ- 1,200 מטופלים בשנה).
  - יש לשפר בצורה משמעותית.
- **רצף טיפולי** – גורם משמעותי מאוד בטיפול השיקום ויש לשפר מאוד את הנושא.

16.2.2021 - פגישה עם מרכז רפואי קפלן והרצפלד

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מרכז רפואי קפלן והרצפלד: ד"ר שרית אבישר אלינור – מנהלת בית החולים, אדריאן כץ – מהנדס בהי"ח

קופ"ח כללית: אבינועם פירוגובסקי – ראש אגף רפואה, אבי תורג'מן – אגף תכנון ובינוי

לשכת תכנון מרכז – תומר זוזוט

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, עדי ניב יגודה, יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

שרית אבישר אלינור –

- **בי"ח הרצפלד –**
  - מתכננים תכנית להרחבת ביה"ח.
  - ביטול המעבר למתחם בי"ח קפלן - משרד הבריאות ביקש לבטל את המעבר המתוכנן בעקבות המחסור במיטות גריאטריות.
  - ביה"ח עובר שיפוץ כללי – במסגרתו תבוצע הוספת שטחי מיגון.
  - מתוכננת הרחבה נכון להיום של 40 מיטות אשפוז נוספות.
  - אין בעיה רפואית וניהולית לפיתוח המוסד ל- 600 מיטות אשפוז גריאטרי.
  - ניתן לבנות בביה"ח עד 8 קומות.
- **בי"ח קפלן – שרית אבישר אלינור –**
  - ניתן להגדיל את המוסד ל- 1,200 מיטות אשפוז כללי.
- **בניה לגובה** – מבחינה רפואית אין בעיה לבנות בי"ח גריאטרי לגובה – לביה"ח קפלן והרצפלד קיימת מגבלת גובה בגלל בסיס צבאי תל נוף באזור – ניתן לבנות עד 8 קומות.
- **תגמול כספי לאשפוז גריאטרי –**
  - לפי תקנות משרד הבריאות יש שוני גדול בתגמול הכספי ובמימון למיטות גריאטריות (למשל, מיטות אשפוז למונשמים כדאיות כלכלית בעוד סיעודי מורכב לא). מצב זה גורם לתיעדוף סוג מיטות על פני אחרות.
  - גופים פרטיים אשר מפעילים את מירב מיטות האשפוז הגריאטריות מפתחים רק מיטות אשפוז שיש להן כדאיות כלכלית.
  - בעקבות כך – יש חוסר חמור במיטות אשפוז גריאטריות סיעודי מורכב.
- **שיקום גריאטרי** – נושא חשוב מאוד שיש לפתחו – בבתי חולים כלליים לרוב לא יודעים לתת טיפול איכותי בנושא.
- **אשפוז יום שיקומי** – חייבים לפתח בצורה משמעותית. בבי"ח הרצפלד קיים.
- **פסיכיאטריה גריאטרית** – נושא משמעותי שעולה עם הזמן – יש לפתח מענים איכותיים (בתי חולים כלליים לרוב לא יודעים לתת טיפול איכותי בנושא).

- **השתנות פירמידת הגילים** – לדעתה כאשר בוחנים את אוכלוסיית העתיד יש לבחון את האוכ' המבוגרת מגיל 75 ומעלה. אוכ' זו עתידה להיות 8% מכלל האוכ' ובשנת היעד תהיה בעלת כ-120,000 נפש.

אבי תורג'מן –

- **מרפאות פסיכיאטריות** – קופ"ח כללית פתחה מחלקות פסיכיאטריות במרפאות קיימות.
- התכנית תמצה את מלוא אפשרויות הפיתוח של בתי החולים הקיימים.
- **בי"ח קפלן** – פותחה תכנית להגדלת ביה"ח לכ- 1,200 מיטות אשפוז כללי.
- **בי"ח הרצפלד** – קיים מבנה לשימור. תמ"א 49 תוכל לעזור מאוד בפיתוחו של ביה"ח.

אבינועם פירוגובסקי –

- **תמרוץ משרד הבריאות למעבר לאשפוז ביתי** – יש לערוך בחינה של משרד הבריאות כיצד להעביר חלק ממיטות האשפוז הגריאטריות לבית.
- **מגפת הקורונה –**
  - לדעתו מגפות כגון הקורונה עתידות להמשיך ולהתקיים – מה שמוביל להזדקנות האוכ' וליותר מחלות כרוניות.
  - בני הגילאים 75 ומעלה התדרדרו מאוד בתפקוד בקופה זו.
- **כשל שוק במימון מיטות אשפוז גריאטריות** – מיטות אשפוז כגון סיעודי מורכב אינן כדאיות כלכלית, לכן משרד הבריאות מממן אותן ביתר שאת – אך לא מספיק.
- **בריאות הנפש –**
  - בעקבות הרפורמה היו כמה שנים של עלייה בעיסוק בנושא, אך בשנתיים האחרונות שוב הנושא יורד בחשיבות, חשוב להחזיר לסדר היום.
  - חולים פסיכיאטריים – בנוסף לתחלואה הפסיכיאטרית, לחולים פסיכיאטריים יש בממוצע פי 4 מקרי תחלואה כללית (מחלות כגון סכרת).

17.2.2021 - פגישה עם מרכז רפואי ברזילי

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מרכז רפואי ברזילי: פרופ' יניב שרר – מנהל בית החולים, צחי כהן – מנהל אדמיניסטרטיבי, ענת צוראל פרבר – מנהלת רפואית

לשכת תכנון מחוז דרום: תומר גוטהלף – מתכנן מחוז דרום, אילה גזית – סגנית מתכנן

משרד הבריאות: ניר כספי, משה רונן

מנהל התכנון: רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ

צוות תכנון: נדב דוידוביץ', יצחק מרום, עופר מנחם, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

תומר גוטהלף –

- **מחוז דרום –**
  - **שתי נפות:** ב"ש ואשקלון. בנפת אשקלון קיימות 3 ערים בתהליך של גידול עצום, אשקלון, אשדוד וקרית גת. קרית גת – כיום 60,000 ומתועדת לכ- 250,000. יכול כי תקום עיר/שכונה חרדית צמודה, סה"כ כ- 400,000 תושבים.
  - נפת ב"ש - משורתת היטב מבחינת בתי החולים.
  - נפת אשקלון - יש לפתח את המענה הרפואי נוכח הגידול הצפוי.
- **קרית גת** – האם יש צורך בהקמת בי"ח חדש בעיר או מיון קדמי/שלוחה רפואית עם מגוון טיפולים?

יניב שרר –

- מפגש חשוב.
- **נושא ביטחוני** – ברזילי הינו ביה"ח הקדמי ביותר בישראל. הוא אינו ממוגן באופן מלא ולכן פגיע מאוד. נמצא בסכנה תפעולית כל הזמן. כשתגמר הקורונה זה הנושא החשוב ביותר לקדם בביה"ח. (במאי 2019 נפגע גג אחד המבנים מטיל, גרם להצפה בביה"ח). לא מקבלים מימון מהמדינה וצריכים להסתמך על תרומות. **חשוב מאוד לקדם את הנושא.**
- **גידול מחוז דרום** – האזור צפוי לגדול בצורה משמעותית מאוד. אשקלון צפויה לגדול ב- 20%. גם שדרות, נתיבות וקרית גת צפויות לגדול בצורה משמעותית.
- **מיטות ל- 1,000 נפש** – מחוז דרום במדד נמוך מאוד ובפער משמעותי משאר המחוזות, חייבים להוסיף מיטות אשפוז.
- **צפיפות בבתי החולים בישראל** – המצב הקיים מבייש. אין משהו דומה לכך בעולם. סבור שאין לאפשר בשום אופן תפוסה של מעל 100%.
- **גודל בי"ח –**
  - יש סף עליון לגודל בי"ח.
  - יש סף תחתון לתפקוד ראוי. בי"ח קטן מדי לא יוכל להפעיל טיפולים רפואיים רבים. כמו כן איכות הטיפול התינתן לא תהיה גבוהה.

- **אשקלון** – תושבי העיר יקבלו מענה בבי"ח ברזילי.
- **הוצאה לבריאות** – הדירקטיבה של משרד האוצר - להקטין הוצאה לבריאות ועידוד מעבר לטיפול בקהילה ע"י הקופות.
- **שת"פ בין בי"ח לקהילה** –
  - **יחס בי"ח – קהילה** – יש גבול לטיפול היכול להינתן בקהילה ובבית. צריך לחזק ולהרחיב את השירותים הניתנים בקהילה אך לא במקום פיתוח בתי החולים.
  - שירותים אמבולטוריים אשר לא ניתנים על ידי קופות החולים חייבים להינתן ע"י בתי החולים. כל עוד אין מענה ציבורי גופים פרטיים מנצלים את הוואקום הקיים.
  - ישנם טיפולים רבים אשר לא יכולים להתקבל בקהילה.
  - ניסיון התייעלות בצורה לא מבוקרת יכולה לפגוע באיכות הטיפול הן בביה"ח והן בקהילה.
- **תפוסת מיטות** – בישראל גבוהה מאוד.
- **משך אשפוז** – בישראל קצר מאוד.
- **בי"ח ברזילי** –
  - **יש לקדם קמפוס רפואי** – בדומה לקמפוס רבין הכולל את כל סוגי האשפוז והטיפול הרפואי, בתי חולים נפרדים בעלי הנהלה משותפת. מעוניינים לפתח מרכזים פסיכיאטריים וגריאטריים לביה"ח. סבורים שכיוון ההתפתחות הנכון הוא גידול של בית החולים יחד עם שלוחות בערים סמוכות וכן שת"פ עם רפואה בקהילה.
  - **משך אשפוז** – בביה"ח ברזילי בין הנמוכים בארץ כי אין ברירה, יש חוסר חמור במיטות אשפוז.
  - קצב הגדלת מיטות האשפוז אינו מדביק את הצורך.
  - ביה"ח ברזילי נותן מענה לתושבי קרית גת.
  - **מיון קדמי/ שלוחות של בי"ח ברזילי** – ניתן לפתח למשל בערים כמו קרית גת, שדרות ועוד. כמו כן ניתן לפתח מרפאות בחסות ביה"ח בנושאים שונים כגון פסיכיאטריה. מאפשר שמירה על רצף הטיפול ואיכות הטיפול.
  - **בי"ח בקרית גת** – ניתן לפתח בי"ח כשלוחה של ברזילי (בי"ח נפרד). יש יתרון לחסות של בי"ח גדול על בי"ח קטן/ מרפאה. ביה"ח בקרית גת צריך לכלול מיון הנותן מענה לחלק מסוגי הטיפול. ניתוחים מתוכננים צריכים להתבצע בברזילי.
  - ביה"ח ברזילי עתיד לשרת אוכ' של כ- 600,000 תושבים.
  - **שיקום** – בשנת 2019 נפתח מרכז חדש לשיקום בביה"ח. תפוסת המרכז מלאה. ביה"ח מחפש יזם פרטי על מנת לבנות קומה נוספת למרכז.
  - **גריאטריה** – הטיפול האקוטי צריך להינתן בבי"ח ויש לחבר בי"ח גריאטרי עם בי"ח כללי – קמפוס רפואי. בבי"ח ברזילי קיימת מחלקה גריאטרית.
  - **בניה לגובה** – מעוניינים לרכז את המבנים הפרוסים במתחם למספר מבנים ספורים הבנויים לגובה.
  - **תכניות פיתוח** – ניתן להגדיל את מספר המיטות בבי"ח ברזילי מעבר ל – 1,300 מיטות האשפוז המתוכננות, בניה לגובה תאפשר זאת.

- **אשפוז** – יש להבדיל בין סוגי הטיפול והאשפוז, יש מקרים אשר יכולים להיות מטופלים רק בבתי חולים על, והטיפול לא חייב להיות בפריסה רחבה. לעומת זאת קיימים טיפולים אשר צריכים להיות בפריסה רחבה יותר.
- **טיפול כרוני** – על מנת לשמור על רצף טיפולי איכותי, ניתן לפתח צוות מיוחד לנושא על ידי צוות ביה"ח. קבלת הטיפול הראשוני יתבצע בביה"ח ולאחר מכן צוות של ביה"ח ילווה את המטופל בקהילה ובבית.
- **מחלקה פסיכיאטרית בבי"ח כללי** – יש לפתח מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. מחלקות אלו צריכות להיות מחלקות סגורות.
- **שיקום** – באזור הדרום ישנו חסר גדול מאוד, אף יותר מאזור המרכז.
- **נתיבות ושדרות** – צפויות לגדול מאוד, יש לקדם שת"פ עם בתי חולים קיימים על מנת לפתח מיון קדמי/ שלוחות באזור.

צחי כהן –

- **תכנית פיתוח לבי"ח ברזילי** –
  - התכנית מציעה פיתוח של סה"כ כ- 1,306 מיטות אשפוז (גידול של 500 מיטות למצב הקיים).
  - בניה לגובה - 360,000 מ"ר – ביה"ח מעדיף לבנות לגובה על פני המצב כיום. עדיף מבחינות רבות, כולל היבט המיגון.
- **פיתוח בתי חולים בד"כ על ידי מימון תורמים** – מקשה מאוד על הפיתוח.
- **ישנה עדיפות לפיתוח בתי חולים קיימים** – עד כמה שניתן, על פני הקמה של בתי חולים חדשים.
- **פיתוח שלוחות קדמיות של בי"ח ברזילי** – חושב שיש לקדם שלוחות של בי"ח ברזילי על פני הקמה נפרדת של בי"ח בקרית גת.

משה רונן –

- **קרית גת** – באזור שבין בי"ח ברזילי לבאר שבע אין בי"ח. הגידול הצפוי באזור גדול מאוד ולכן משרד הבריאות מעוניין לקדם הקמה של בי"ח חדש בקרית גת. נכון לשריין משבצת קרקע ובשלב מאוחר יותר לקבוע את היקפי הבניה וסוג ההנהלה.
- **יחסים בין בתי חולים** – אינם חלק מעבודת תמ"א 49. המטרה היא לתת כלים למקבלי ההחלטות בעשורים הבאים.
- **בי"ח אסותא אשדוד** – צריך להתפתח בנוסף לפיתוח שאר בתי החולים הקיימים.

יצחק מרום –

- **טיפולים קליניים** – צריכים להינתן בבתי חולים.
- התמ"א לא קובעת אילו שירותים יינתנו בבתי החולים. נכון שבתי חולים מבוססים יתמכו בבתי חולים חדשים בשלבי ההקמה שלהם.
- **בי"ח אסותא אשדוד** – מקדמים תכנית להכפלת מספר המיטות – 600 מיטות אשפוז.
- **בי"ח בקרית גת** – חייבים לקדם הקמה של בי"ח באזור. חשוב לחשוב גם על היבטים של כוח אדם ושת"פ עם בתי חולים אחרים באזור.

18.2.2021 - פגישה עם בי"ח אוגוסטה ויקטוריה

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

בי"ח אוגוסטה ויקטוריה: ד"ר האני אבדין – מנהל בית החולים, ד"ר אמין קונבאר, טארק בארקת, וואליד נאמור

משרד הבריאות: ניר כספי

משרד הבריאות מחוז ירושלים: פרופ' חן זמיר - רופאת מחוז לשכת בריאות ירושלים, זהבה סדן, קיריל פקטה

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', יצחק מרום, עדי ניב יגודה, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

וואליד נאמור –

- מודה על העבודה והפגישה.
- מערכת הבריאות הישראלית איכותית מאוד.
- שת"פ בין מדינת ישראל לבין הארגונים והאוכ' במזרח ירושלים חשובה מאוד.
- **בי"ח אוגוסטה ויקטוריה –**
  - 171 מיטות אשפוז, מתוכן 149 כלליות ו- 22 גריאטריות.
  - זמן המתנה ארוך מאוד לאשפוז גריאטרי עקב המחסור במיטות אשפוז.
  - מתוכננת תוספת של 140 מיטות אשפוז גריאטריות עקב הצרכים הגדולים.
  - 92% מהמטופלים בביה"ח מגיעים מהרשות הפלסטינית ועזה. ביה"ח נותן שירות רפואי גם לאוכ' ללא מעמד אזרחי במדינה.
  - קיימות 800 מיטות בסה"כ לכלל תושבי הרשות הפלסטינית.
  - ביה"ח לא מקבל סיוע כלכלי ממדינת ישראל.
  - **קיים שת"פ מעולה עם בתי חולים בישראל**. קיים קשר יומי עם בי"ח הדסה וכמן כן עם רמב"ם.
- **גריאטריה** – חוסר חמור במיטות אשפוז לאוכ' מזרח העיר. טיפולים רפואיים אקוטיים יכולים להתקבל במערב העיר אך מיטות ממושכות לא קיימות בכלל.

האני אבדין –

- **האוכלוסייה הפלסטינית במזרח ירושלים –**
  - 380,000 – 400,000 תושבים. 20% מתחת לגיל 18.
  - 3% - 4% מעל גיל 65.
  - 70% - 80% מהתושבים מתחת לקו העוני.
- האם בתי החולים במזרח ירושלים הם חלק ממערכת הבריאות הישראלית או לא?
  - מרביתם המוחלט של המטופלים בביה"ח הינם מהרשות הפלסטינית ומעזה.

- אזרחי מזרח ירושלים בעלי תעודות זהות כחולות מקבלים טיפול בבתי החולים במערב ירושלים.

- **טיפול רפואי במזרח העיר** – ככל ואוכלוסיית מזרח העיר תמשיך לקבל טיפול במזרח העיר ולא במערב ירושלים יש לפתח מאוד את שירותי הרפואה בקהילה.
  - **גריאטריה** – חייבים לפתח שירותים בקהילה במזרח העיר.
  - **ילודה** – נושא משמעותי מאוד ויש לפתח את המענה הרפואי בקהילה.
  - **נשים** – נושא הנמצא בחסר במזרח העיר.
  - **עקב הצפיפות הגבוהה** אין ברירה אלא לבנות לגובה.
- **גריאטריה** – הביקוש והצורך בנושא הגריאטרי כיום אינו גדול. אך בעתיד יהיה צורך גדול. כיום בערך 4% - 5% מהאוכ' הפלסטינית מעל גיל 65.
- **פסיכיאטריה** –
  - אין מענה בכלל בנושא לאוכ' מזרח ירושלים בפרט ולאוכ' הרשות הפלסטינית בכלל.
  - במערב ירושלים אין מרפאות הדוברות את השפה הערבית.
  - תחלואה פסיכיאטרית גבוהה מאוד באזור – בין היתר עקב המצב הסוציו – אקונומי הנמוך של התושבים.
- **מזרח ירושלים** –
  - **תחת החוק הישראלי.** יש מענים מסוימים שמחויבים לקבל רק בישראל.
  - לתושבי מזרח העיר אין בעיה לקבל **מענה רפואי במערב י"ם.**
- **פיתוח בתי החולים במזרח ירושלים** –
  - יש צורך בפיתוח בתי החולים הקיימים בצורה משמעותית. תהיה עליה בצורך לטיפול רפואי.
- **שת"פ עם ישראל** – הכרחי לקיום הפעילות השוטפת של בתי החולים במזרח העיר. למשל בנושא של כוח אדם, צריך אשרות כניסה לכל המגיעים מחו"ל, כולל מומחים. בד"כ אישורים אלו ניתנים רק עד 3 חודשים.

חן זמיר –

- מזרח ירושלים אזור מיוחד מאוד.
- כל בתי החולים במזרח העיר מקיימים שת"פ ביניהם.
- בעתיד אוכ' מזרח העיר תהיה כשליש מהאוכ' הכללית של העיר ירושלים.
- יש חשיבות לתכנן את המערכת הרפואית לכל העיר ולא ע"פ חלוקה למערב ומזרח.
- כל תכנון במזרח העיר חייב לערב את עיריית ירושלים שתשתתף בקבלת ההחלטות.

18.2.2021 – פגישה מצומצמת עם אבי בן זקן – המרכז הרפואי ת"א (איכילוב)

משתתפים:

אבי בן זקן, סמנכ"ל לוגיסטיקה, הנדסה ותשתיות, המרכז הרפואי ת"א, בי"ח איכילוב

צוות התכנון: עדנה לרמן, חן הררי

- **בי"ח איכילוב** – 320,000 מ"ר בנוי.
- **2 מגדלים חדשים בתהליך להיתר בניה:**
  - **מגדל דרומי** – 90,000 מ"ר. במקום ביה"ס לאחיות.
  - **מגדל צפוני** – 50,000 מ"ר. במקום מבנה צריף ישן מאוד.
- **שלוחות לבי"ח איכילוב** –
  - ביה"ח מתכנן פיתוח שלוחה באזור יפו. ניתן לפתח כחלק מבניין.
  - פיתוח שלוחות לביה"ח יאפשר לביה"ח הקיים להתמקד במקרים אקוטיים.
  - **שלוחה באזור צפון מחוז ת"א** – מתוכנן בנין 1. חניונים תת קרקעיים, קומת ניתוחים, מכונים, בי"ס לסיעוד, אשפוז יום ועוד.
- **הגדלת בי"ח איכילוב** – לא ניתן להגדיל מדי את ביה"ח במתחם הקיים, יגרום לחוסר נגישות לת"א.
- **בניה לגובה** –
  - ניתן לבנות בתי חולים לגובה.
  - 4-5 קומות ראשונות המיועדות לאשפוז.
  - 4,000 – 5,000 מ"ר למחלקה, שתי מחלקות בקומה.
- **מתחם ויצו** – הצמוד לביה"ח, יש חשיבה על הפיכת המתחם לטובת הנטיפול הגריאטרי. בית האבות הקיים במתחם יישאר.

רמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

21.2.21 - פגישה עם מרכז בריאות הנפש אברבנאל

מקום: מפגש מקוון

משתתפים:

מרכז בריאות הנפש אברבנאל: פרופ' יובל מלמד – מנהל בית החולים, זיו עיני – מנהל אדמיניסטרטיבי

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, יצחק מרום, עדי ניב יגודה, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

פרופ' יובל מלמד –

- **האשפוז והטיפול הפסיכיאטרי** במצוקה. חסרים תנאי אשפוז נאותים – אשר הכרחיים לטיפול איכותי.
- **חולים פסיכיאטריים** – מתים בממוצע 10-15 שנים מוקדם יותר משאר האוכ' (חלק בגלל טיפול לא ראוי).
- **חידושים טכנולוגיים** – לדעתו לא נמצאו עדיין חידושים אשר משפרים את איכות הטיפול. כמו כן, לא סבור שיש הכרח לשלב בית חולים פסיכיאטרי עם מרכז מוח וקרבה למכשיר MRI, לא סבור שיש פריצת דרך מדעית שתצדיק את זה כיום. יש נוירולוגים שבודקים את כל המטופלים, ייתכן ויידרש בעתיד.
- **בי"ח אברבנאל –**
  - ביה"ח נותן שירות כמעט לכל מטרופולין ת"א.
  - **מצב קיים** – 3 מחלקות לגברים, מחלקה אחת למחלות כפולות (שילוב של מחלת נפש ושימוש בסמים) מרפאה למבוגרים לתושבי בת ים.
  - **טיפול יום באברבנאל** – 30 עמדות למבוגרים, 18 עמדות לנוער – חלק מבי"ס ייחודי.
  - **טיפול כרוני בביה"ח** – קיימות 30 מיטות (מתוכן פועלות 24 מיטות) למגורים טיפוליים, מעין "טיפול ביניים" לאחר שחרור מביה"ח ולפני שחרור לקהילה. יש חשיבות לטיפול זה בביה"ח.
  - **כיום בי"ח אברבנאל יש כ- 120% תפוסה** – מצב מחפיר ובלתי ראוי.
  - **תשתיות ביה"ח** – ישנות מאוד. המחלקות הקיימות מאוד צפופות ולמרביתן אין יציאה נגישה לחצר. מרבית המבנים בביה"ח ישנים מאוד וזקוקים לשיקום ושיפור מאסיבי ובמסגרת זו ניתן יהיה לבנות תוספת קומות משמעותית. חלק מהמבנים של ביה"ח הם לשימור.
  - **מחלקת האשפוז המשפטי** – במצב מאוד לא טוב, בזמן שיש עליה מתמדת בדרישה לתת שירות לבתי המשפט – צווי הסתכלות ואשפוז.
  - **חדר המיון בבית החולים** מקבל 17 מקרים ביום, 60% מהמאושפזים דרך המיון – אשפוז כפוי.
  - **הוקמה לאחרונה מחלקת נוער חדשה** – איכותית מאוד. שירות מכובד יוכל לבצע שינוי תדמית בנושא.

- **יש רצון לבנות בניין אשפוז נוסף** – מבנה של 4-5 קומות, לטיפול ממושך (פעילה, פסיכו-גריאטרי, נשים וגברים).
- **חזון ביה"ח** – בתי החולים הפסיכיאטריים צריכים להיות חלק מקמפוס רפואי כולל, השאיפה היא להיות חלק מקמפוס רפואי מתקדם העומד בחזית הרפואה, יש לכך יתרונות רפואיים ולוגיסטיים רבים. הקמפוס הרפואי יכלול את בי"ח וולפסון, בי"ח אברבנאל ותחת חסותם גם מרפאות לבריאות הנפש ביפו, חולון ות"א.
- המרפאות הקיימות ביפו, חולון ות"א חייבות להיות כחלק מהקומפלקס הרפואי – כך ניתן יהיה לשפר מאוד את הרצף הטיפולי לחולה ואת גיוס הצוותים המתאימים.

- **יש להגיע לתפוסה של לא יותר מ- 85%**.
- **הדרישה לאשפוז וטיפול פסיכיאטרי נמצאת במגמת עלייה מתמדת**. נוכח גידול האוכ' הצפוי בישראל כך יגדל גם הצורך בטיפול הפסיכיאטרי. גם הדרישה לטיפול פורנזי במגמת עלייה. אין פתרון בקהילה לאשפוז כפוי, החולים הללו חייבים להיות מופנים לבית חולים.
- **מעבר לקהילה** –
  - **הרפורמה** שנעשתה בנושא צמצמה בחצי את מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. מטרת הרפורמה נכונה אך בפועל לא פותחו מספיק מענים בקהילה וישנו חוסר חמור במענה הטיפולי בקהילה עבור חולים אקוטיים שלא יכולים להשתחרר להוסטל רגיל. יש צורך בפיתוח הוסטלים מיוחדים בקהילה ופתרונות נוספים (כגון בית אקולוגי ובית מאזן). טיפול אינטנסיבי, מיידי וקרוב בקהילה יכול למנוע במקרים מסוימים אשפוז.
  - סבור שנכון שכל בית חולים פסיכיאטרי יפעיל בית מאזן שיהיה תחת אחריותו.
  - סבור שניתן להעביר עוד 10% מהמטופלים (נוספים, בנוסף לרפורמה) לקהילה. כרוך במתן תמריצים לתת עוד שירותים בקבילה. האוכלוסייה המטופלת חלשה ולא דורשת שיפורים בעצמה.
- **רצף טיפולי** – נושא קריטי שיש לשפר מאוד.
- **צוות קהילה** – יש צורך בפיתוח מודל של צוות בי"ח פסיכיאטרי אשר יכול להגיע לבתי מטופלים (לפני או אחרי שחרור מאשפוז) ולמנוע הגעה חוזרת לביה"ח. צוין כי מד"א למשל לא מפנים חולים פסיכיאטריים בניגוד לרצונם.
- **בניה לגובה** – אם נבנה בצורה טובה ומותאמת ניתן לבנות לגובה.
  - יש צורך לאפשר לכל מחלקה ובכל קומה יציאה נוחה למרחב פתוח - גינה או מרפסת מוגנת (כ - 90% מהמאושפזים בבי"ח אברבנאל מעשנים).
- **כוח אדם** – נושא קריטי ונמצא בחוסר (בייחוד רופאים פסיכיאטריים למבוגרים, ילדים ונוער).
- **מחלקה פסיכיאטרית** –
  - 34 מיטות אשפוז. ברוב העולם יש רצון לצמצום מספר המיטות במחלקה, הסיבה לכך היא שחייב קשר עם המטופלים והשגחה צמודה.
  - 85% תפוסה – משמע 30 אנשים במחלקה – טוב יותר מהמצב הקיים.
- **גודל בי"ח פסיכיאטרי** – אין בעיה לתפעל בי"ח בסדר גודל של 400 – 500 מיטות אשפוז.
- **טיפול יום פסיכיאטרי** –

- יש להקים בכל בי"ח פסיכיאטרי אך גם מחוץ לבתי החולים על מנת לקרב עד כמה שניתן את השירות בקהילה.
- יש לשפר את המענה הניתן כיום – למשל לתמוך בהפניה רפואית של רופא המשפחה לטיפול פסיכיאטרי.

זיו עיני –

- כל חצר בבי"ח פסיכיאטרי צריכה להיות מבודדת מהאחרות.
- **קריה רפואית/מרכז רפואי –**
  - דגם אסף הרופא הוא הכיוון הנכון אליו יש לשאוף. בי"ח פסיכיאטרי בשת"פ מלא עם בי"ח כללי, גריאטרי ושיקומי.
  - מרפאות בקהילה – צריכות להיכלל כחלק מקריה הרפואית. נדרשת עבורן תמיכה תפעולית ולוגיסטית.
- **ביה"ח אברבנאל** – 40 דונם, מחולק ל – 4 חלקים.
  - **מחלקה משפטית** – רצוי לשלב בתוך ביה"ח מחלקה משפטית שתכלול את כל הדרוש למטופלים, כולל מקום למפגש עם עורכי דין וכו'.
  - **קיימת מחלקת נוער חדשה** – איכותית מאוד.
  - **כל מחלקה חדשה שתיבנה -** צריכה להיות בעלת חדרי אשפוז, חדרי טיפול וחצר (ניתן לבנות גם בגובה).

10.3.2021 - פגישה עם שי בריל בנושא גריאטריה

משתתפים:

קופ"ח כללית: שי בריל – גריאטר ראשי, אבי תורג'מן

מנהל התכנון: רחלי קולסקי, פיאנה קרנץ

צוות תכנון: עדנה לרמן, יצחק מרום, אורית נבו, תמי סתיו, חן הררי

שי בריל –

- הטיפול והאשפוז הגריאטרי מחולק לפי:
  - **טיפול גריאטרי אקוטי** – הטיפול ניתן בבי"ח כללי אשר מאבחן את המטופל. כאשר המצב הכללי של החולה יציב ניתן לשחרר להמשך טיפול.
  - **טיפול גריאטרי פוסט אקוטי** – מר"גים (מרכזים גריאטריים) / בתי חולים המתמחים בטיפול הגריאטרי (כגון דורות, שוהם, פלימן וכו'). במוסדות אלו ניתן טיפול למחלקות: גריאטריה שיקום, סיעודית מורכבת, טיפול תומך, גריאטריה תת חריפה, הנשמה ממושכת ושחפת – טיפול זה הוא במימון קופות החולים. כיום כ- 70% מהמר"גים בבעלות ציבורית וכ- 3 מהם פרטיים.
  - **טיפול גריאטרי ממושך** – טיפול בסוגי מוסדות שונים הנותנים טיפול למחלקות: גריאטריה סיעודית ותשושי נפש. סבסוד הטיפול ומיטות האשפוז על ידי משרד הבריאות ("קודים") ועל ידי החולה ומשפחתו.
- **טיפול במוסדות פוסט אקוטיים** (מר"גים כגון שוהם, פלימן, דורות וכו') –הטיפול במוסד:
  - המטופל ממשיך לקבל טיפול במוסד.
  - המטופל משתקם ומשוחרר הביתה.
  - מצב המטופל לא יציב והוא חוזר לטיפול בבי"ח כללי.
  - המטופל נפטר.
- **קורונה** – במהלך התקופה נפתחו 700 מיטות אשפוז במר"גים השונים. מיטות אשפוז אלו הועברו לבתי האבות הפרטיים.
- **עלייה בדרישה לאשפוז גריאטרי עד 2025** – עד שנת 2025 תהיה גדילה משמעותית בדרישה לאשפוז הגריאטרי. אוכלוסיית גיל 75 ומעלה תגדל בכ- 30% ולכן הדרישה לטיפול והאשפוז הגריאטרי יגדל מאוד.
- **מעבר טיפול ואשפוז לקהילה** – פתרון מוגבל מאוד. לדעתו יש הגזמה ביכולת המעבר לטיפול בקהילה. הטיפול מצריך משאבים גדולים מאוד, כוח אדם וציוד.
- **אשפוז אקוטי גריאטרי –**
  - **במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים** כ- 40% מהמאושפזים בני 65 ומעלה. ניתן מהם לשחרר למוסדות המשך וטיפול פוסט אקוטי כ- 25% - 30%.
  - **מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים** – אין מדיניות מסודרת וכל בי"ח פועל בצורה שונה. יש מטופלים אשר מקבלים טיפול במח' גריאטרית וחלק במח' פנימית. אין הבדל טיפולי בין המחלקות.

- **מחלקה גריאטרית בבי"ח כללי** –
  - בכל בי"ח צריכה להיות מחלקה גריאטרית.
  - גודל מחלקה רצוי כ- 36 מיטות אשפוז.
  - בכל בי"ח כללי כמחלקה גריאטרית אחת.
- **נגישות** – נגישות המשפחות למר"גים חשובה מאוד לתמיכה במטופל. לדעתו יש לפתח מערכת של מר"גים בפריסה רחבה.

- **התפלגות בין השוק הציבורי ופרטי** –
  - השוק הפרטי מטפל ברוב האשפוז הגריאטרי הממושך.
  - מיטות האשפוז ממומנות על ידי משרד הבריאות באמצעות "קודים" ובעזרת משפחת המטופל.
  - משרד הבריאות מפעיל ביקורת משמעותית על מוסדות אלו. לכן לדעתו ניתן להמשיך את הטיפול הממושך על ידי השוק הפרטי. בנוסף, השוק הפרטי דינמי מאוד ויודע לייצר פתרונות טובים ומהירים.

16.3.21 פגישה עם הנהלת מרכז רפואי מאיר

מקום: ישיבה מקוונת

משתתפים:

הנהלת בי"ח מאיר: ד"ר ירון מושקט – מנהל ביה"ח, מאיר – מנהל אדמיניסטרטיבי, ערן – מהנדס ביה"ח

קופ"ח כללית: אבי תורג'מן - מנהל בכיר בקופ"ח כללית

מנהל התכנון: פיאנה קרנץ

צוות התכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ, עדי ניב יגודה, יצחק מרום, אורית נבו, חן הררי

ירון מושקט –

- תחזיות ותכנית התפתחות בי"ח מאיר לפי תמ"א 49 מאוד דומה לתחזיות ותכניות הפיתוח שערך ביה"ח.
- **בי"ח מאיר:**
  - נבנה בשנות ה- 50.
  - בנין 1- 3 – 6 קומות.
  - בנין 2 – נבנה בשנות ה- 60.
  - משנות ה- 70 לא הוסיפו בניינים בביה"ח.
  - בעשרים שנה האחרונות נוספו כ- 120 מיטות אשפוז בסה"כ.
  - 2 מבני אשפוז עיקריי
  - **בנין 16** – בימים אלו מוקם בנין אשפוז 3. יוכל להבנות עד 10 קומות, בשטח כולל של כ- 50,000 מ"ר. 4 קומות משוריינות לקומות חדרי ניתוח, מלר"ד, קומה טכנית ובקומת הכניסה מערך אמבולטורי – 6,000 מ"ר.
  - ניתן להגדיל ב 12 מחלקות אשפוז.
  - **המיון הקיים** – מקום 4 בארץ מבחינת עומס.
  - מחלקות האשפוז הקיימות צפופות מאוד – באופן קבוע ישנם חולים במסדרון.
  - המחלקות החדשות ישדרגו את המצב הקיים בביה"ח.
  - בי"ס לאחיות (2,000 מ"ר כל קומה) – נבנה לפני 40 שנים, חלקו הגדול לא בשימוש והפך להיות חלק ממחלקה אדמיניסטרטיבית. הבניין צריך להיהרס ולהקים מבנה חדש במקום.
  - חניה – צריכה להיות בתת הקרקע.
  - מנחת – קיים מנחת אך הוא לא הופעל לצורך טיפול.
  - בימים אלו עובדים על **תכנית אב ל- 2040** – תכנון לכ – 1,200 מיטות אשפוז כללי, יש להוסיף גם מיטות אשפוז לשיקום גריאטרי. בנוסף יש לשדרג את מחלקות האשפוז הקיימות.
  - משך אשפוז – בי"ח מאיר בין הנמוכים בארץ.

- מרפאות חוץ – סדר גודל של כ – 400,000 -450,000 ביקורי מרפאה בשנה הביקוש גדל כל הזמן.
- מרבית המטופלים בביה"ח מבוטחים של קופ"ח כללית (כ- 70%).
- בביה"ח התחילו בויסות של חלק מהטיפולים באופן וירטואלי.
- טכנולוגיה – תגרום לשינוי משמעותי מאוד בבתי החולים.
- פעילות ביה"ח – יש להפעיל את חדרי הניתוח, מכשירים וטיפולים לאורך כל שעות היום ולא באופן מצומצם כמו היום.

- **בי"ח שלוותה** – בי"ח פסיכיאטרי בעל 220 מיטות אשפוז, ביחסים הדוקים מאוד עם בי"ח מאיר. שירותים רבים ניתנים ע"י בי"ח מאיר (דימות, מיון כללי ועוד).
- **בי"ח לוינשטיין** – בי"ח שיקומי. בשת"פ מלא עם בי"ח מאיר אשר נובעת ממצוקה במיטות אשפוז (פנימי – 3.2 ימים).
- קיימים 2 מכונות CT ומכשיר MRI אחד. יש צורך בשני מכשירי MRI נוספים.
- **קהילה – הנושא קיבל דחיפה גדולה בזמן מגפת הקורונה. ניתן כיום לפקח על החולה מרחוק. אך אין ניסיון אמיתי באשפוז מרחוק.**
  - כבית חולים השייך לקופ"ח כללית ישנו קשר טוב מאוד עם מוסדות בקהילה.
  - לדעתו כמעט ולא ניתן להוציא תחומי טיפול מביה"ח לקהילה.
  - כיום מפעיל ביה"ח ניתור והשגחה של חולים המחכים לניתוחי שברים מהבית.
  - 15% מעבר של אשפוז לאשפוז בקהילה נראה לו מוגזם מדי.
  - **משמעות מעבר לקהילה הוא קיצור משך ימי האשפוז החריף כך שבשביל שיוכלו לחשוב על כך יש להוריד משמעותית את אחוז תפוסת המיטות.**
  - כיום הקהילה לא ערוכה לקבלת חולים.
  - **יחידה לטיפול המשכי** – יש לקדם פיתוח מחלקות כאלו אשר יוכלו לעזור בתהליך של מעבר לקהילה.
- **גריאטריה** – ישנם טיפולים אשר יכולים להינתן מחוץ לבית החולים (שיקום גריאטרי, שיקום לב ועוד).
- **פסיכיאטריה** – חייבת להיות כחלק מאשפוז בבתי חולים כלליים.
- **קריות בריאות** – לכל סוג אשפוז תהיה הנהלה נפרדת. ישנם יתרונות רבים לאיחוד כל סוגי האשפוז בקמפוס רפואי אחד.

אבי תורג'מן –

- תב"ע חדשה – אין זכויות בניה ויש להכין תב"ע חדשה לביה"ח.
- בנין 16 – מוגבל בגלל המנחת. נלקח בחשבון הקמה של מנחת על גג המבנה.
- מגרש לפיתוח עתידי של ביה"ח – בחלקו הדרומי של ביה"ח יש מגרש שניתן לפתח בעתיד.
- לדעתו ניתן להגדיל את ביה"ח עד כ – 1,400 מיטות אשפוז.
- מנחת – כיום בגלל תקנות חיל האוויר אין נחיתות על גגות. לפי הסכמות בבתי החולים סורוקה, מאיר ובילינסון יותרו נחיתות על גג של יסעורים.

- חניה תת קרקעית – מאוד יקרה ובמקרים רבים לא משתלמת (בבי"ח שניידר קיים מבנה המשמש רק לחניה).
- **מכירה/שימוש בקרקעות קיימות של בתי חולים** – לעיתים אין ברירה בכדי לפתח את בית החולים.

עדנה לרמן –

- **קמפוסים רפואיים** – בתי החולים החדשים המתוכננים (גלעם, פרס) מיועדים היות קמפוסים רפואיים המשלבים את כל סוגי האשפוז (כללי, פסיכיאטרי, גריאטרי ושיקום).
- **בתי חולים קיימים** – צוות התכנון חושב שיש להגדיל עד כמה שניתן בתי חולים קיימים ולשלב בהם מחלקות לאשפוז גריאטרי, פסיכיאטרי ושיקומי.
- **מכירה/שימוש בקרקעות קיימות של בתי חולים** על מנת לממן פרויקטים בתוך ביה"ח לא נכונות לדעת צוות התכנון והן ראייה קצרת מועד.

7.4.2021 - פגישה עם המרכז הרפואי הרצוג

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

בי"ח הרצוג: יחזקאל קיין – מנכ"ל, יעקב חביב – מנהל רפואי של ביה"ח, אורנה כהן – משנה למנכ"ל ביה"ח

משרד הבריאות: אירית לקסר – ראש אגף גריאטריה, צפי הלל דיאמנט – אחות אחראית באגף גריאטריה, חני שרודר – תכנון אסטרטגי, ניר כספי – מנהל תכנון

ועדה מחוזית ירושלים: איתן רובינשטיין

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', יצחק מרום, חן הררי

עדנה לרמן –

- הצגת התכנית, מטרות, תוצרים, תרחישים ותחזיות ביקוש למיטות אשפוז גריאטריות ושאלות עיקריות.

אירית לקסר –

- **איכות הטיפול הרפואי** – עולה אך התוצאה היא כי יותר אנשים יצטרכו מסגרות טיפול ואשפוז.
- **מעבר לקהילה** – קשה מאוד לחזות את היקף המעבר העתידי.
- **החלוקה בין מוסדות גריאטריים פרטיים וציבוריים** מאוד דינמית – הרבה מוסדות פרטיים בתהליך להפיכה למוסדות מלכ"ר. מבחינת תפעול המוסד אין הבדל בין פרטי לציבורי.
- **מגוון מוסדות** עם ייחוס לקבוצות דתיות.
- **אשפוז ביתי** – יש רצון להעביר עד כמה שניתן אשפוז כרוני /סיעודי לבית המטופל. מודל ה-green house מקודם על ידי משרד הבריאות.
- **מגמות עתיד** – שילוב טיפול בין פסיכיאטריה גריאטריה ושיקום.
- **מודל אשכולות** – משרד הבריאות מקדם שת"פ וחיבור בין בתי חולים כלליים, מר"גים ויחידות לטיפול בית – התמקצעות בטיפול לגיל השלישי.
- **בתי חולים –**
  - בי"ח שניידר – בי"ח כללי לילדים.
  - בי"ח דנה – בי"ח כללי לילדים.
  - בי"ח לוינשטיין – שיקום כללי.
  - בי"ח אלי"ן – שיקום ילדים.

אורנה כהן –

- בניה לגובה – אפשרית אם שומרים על תכנון נכון ושבכל קומה יהיה מרחב פתוח וירוק.
- תפיסת הטיפול הגריאטרי – הטיפול הגריאטרי נתפס לרוב כטיפול סיעודי. יש לקדם הכשרה והתמקצעות בגיל השלישי.

- ביה"ח הרצוג – מקדם את תחום השיקום בכל האספקטים (פסיכיאטרי, שיקום נפשי, הנשמה, שיקום כללי ועוד).

איתן רובינשטיין –

- ביה"ח הדסה הר הצופים – תכנית גידול משמעותית (פי 5 מהמצב הקיים, סה"כ כ- 1,400 מיטות אשפוז). ביה"ח ישרת את כל סוגי האוכלוסייה באזור. מבנה חדש לשיקום בשלבי הקמה מתקדמים.
- ביה"ח חדש בבית שמש – ישרת את כל סוגי האוכלוסייה באזור.

יעקב חביב –

- רפואה – גשר חברתי לקידום שוויון בין כל סוגי האוכלוסייה.
- נגישות – חשובה מאוד על מנת להבטיח רפואה איכותית.
- קריות בריאות – יתרון משמעותי גם מבחינה רפואית וגם מבחינה לוגיסטית.
- נבנה בניין חדש בביה"ח הרצוג – ישמש כמבנה אשפוז.
- יש צורך בקידום תב"ע לביה"ח כחלק מראייה עתידית לביה"ח. יש לפתח שטח נוסף לשטח ביה"ח. ניתן וצריך להגדיל את ביה"ח ליותר מ- 600 מיטות אשפוז.
- שילוב ביה"ח והסביבה – תומך בהסרת הגבולות בין ביה"ח לקהילה מסביב.
- מתוכנן מבנה חדש שיאחד מרפאות אמבולטוריות בביה"ח.

יחזקאל קיין –

- בתי אבות – ניתן לראות כי מקודמים בתי אבות לסוגי אוכ' שונות – בית האבות הופך לבית.
- הבדלים בין סביבה עירונית ולא עירונית בסוגי טיפול – באזורים עירוניים אשר קרובים לבתי חולים ניתן לפתח אשפוז קהילתי וביתי בצורה קלה יותר מאזורים מרוחקים ולא עירוניים, (הטיפול בקהילה ובבית מושפעים מקרבתם ושיתוף הפעולה עם בתי החולים).
- **תקצוב** – ישנה בעיה מהותית באופן התקצוב של האשפוז הגריאטרי. סוגי טיפול כגון סיעודי מורכב אינם מקבלים תקצוב ראוי ולכן מחלקות אלו לא מתפתחות בצורה הראויה ונחוצה.

22.4.2021 - פגישה עם בי"ח לניאדו

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

בי"ח לניאדו: נדב חן – מנהל ביה"ח, מנהל רפואי ביה"ח, זאב דויטש – מנהל תפעול ביה"ח, משה קליין – מהנדס ביה"ח

לשכת תכנון מחוז מרכז: אפרת פרחי, עדנה בלומברג

משרד הבריאות: משה רונן, ניר כספי

צוות תכנון: נדב דוידוביץ', יצחק מרום, אורית נבו, חן הררי

נדב חן –

- מודה על הפגישה. תכנון לטווח ארוך של מערכת הבריאות הכרחי.
- קיים יתרון משמעותי **להרחבת בתי חולים קיימים** על פני הקמה של בתי חולים חדשים.
- **כוח אדם** – קיים חוסר חמור ברופאים ואחיות בעיקר בתחום "הרפואה הקלאסית" (פנימיות, הרדמה, פגיעה ועוד) - נושא קריטי לפיתוח מערכת הבריאות.
- **בי"ח לניאדו –**
  - **פיתוח עתיד של ביה"ח –**
    - יש לאפשר את התפתחות ביה"ח, ניתן גם מחוץ לתחום ביה"ח.
    - מיקומו של ביה"ח ליד הים מקשה על תכניות פיתוח.
    - קיימת תכנית לבניין מיון חדש – 6 קומות מעל הקרקע, 3 קומות מרתף ומיון ממוגן (42,000 מ"ר).
    - לא מתוכננת הרחבה בשטח ביה"ח.
    - מתכוננת הכפלה בשטח הבנוי בביה"ח (עד 100,000 מ"ר).
    - שלוחות של ביה"ח – ניתן לפתח שלוחות של ביה"ח בקהילה בעיקר באזורים ממזרח כמו קלנסואה וטייבה.
  - ביה"ח סונף לאחרונה לאוניברסיטת אריאל.
  - חשוב להוסיף לביה"ח את תחום ההקרנות.
  - **חולים/אשפוז במסדרון** - בבתי החולים בארץ ניתן טיפול ואשפוז יותר מאשר מיטות האשפוז הקיימות - אשפוז במסדרון. בתקופת החורף פעילותו של ביה"ח גדל ב- 30%.
  - **פסיכיאטריה** – לא קיימות מיטות אשפוז פסיכיאטריות. ביה"ח מקיים שת"פ עם מרכזים פסיכיאטריים באזור.
  - **גריאטריה** – חולים אשר נשארים שלא לצורך בביה"ח מכיוון שאין מוסדות טיפול המשכיים. ניתן לייצר שת"פ עם בתי אבות באזור על מנת לפתח מחלקות אשפוז המשכי לחולים.

- **מנחת** - נבנה אחרי האסון בפארק נתניה. חיל האוויר מסר כי אין ביכולתו לבצע נחיתות במנחת שכן פרגולות ועמודי חשמל בטיילת נתניה פוגעות בכשירותו. בפועל חיל האוויר עורך תרגילים ונחיתות רבות במנחת.

- **קהילה** –
  - מערכת רפואה איכותית בקהילה יכולה למנוע אשפוזים מסוימים.
  - ביה"ח מפעיל רופאים בקהילה (נתניה, קלנסואה, חריש) על מנת להקל על עומס והגעה לבית חולים.
- **בית ספר לאחיות** – הוקם ב- 1975 במתחם ביה"ח ומהווה מרכז הדרכות ארצי.
- **מגפת הקורונה** –
  - חידדה את סוג הטיפול אשר ניתן בביה"ח. בקהילה יינתן טיפול לחולים קלים ובבתי החולים יינתן טיפול אקוטיים וטיפול נמרץ. לכן יש לפתח בבתי החולים יותר מחלקות אקוטיות.
  - בזמן המשבר תקציבים רבים הועברו לביה"ח מה שאפשר פיתוח ביה"ח בצורה טובה מאוד.
- **הקצאת מיטות** – משרד האוצר מתעדף מיטות אשפוז רווחיות – מוביל לפגיעה ביכולת הטיפול של ביה"ח. מיטות ליולדות על פני פנימיות, טיפול נמרץ, סיעודי מורכב ועוד.
- **ראייה מערכתית של פיתוח בתי חולים** – יש למפות את כלל בתי החולים בארץ ולהחליט באילו תחומים מתמקצע כל בי"ח.

משה רונן –

- משרד הבריאות מקדם שריון קרקע בתכנית מתאר **לבית חולים חדש במזרח נתניה** (אזור אילנות). נוכח הגידול הצפוי בעיר נתניה והסביבה יש צורך במוסד נוסף.
- **פיתוח בי"ח לניאדו** – יש לקדם שיתוף פעולה עם ביה"ח ולקדם תכנית פיתוח.

אפרת פרחי –

- קרקע הינה משאב יקר במיוחד במרכז. לכן עדיף לעבות עד כמה שניתן בתי חולים קיימים על פני פתיחה של חדשים.
- כדאי להכין תכניות פיתוח לבי"ח לניאדו במסגרת תכנית המתאר של נתניה.

יצחק מרום –

- יש להכין תכנית פיתוח לבי"ח לניאדו ולאפשר את הרחבתו. חשוב להוסיף עתודות קרקע לביה"ח.

25.4.2021 - סיכום ישיבה בנושא מנחתים בבתי חולים

משתתפים:

מנהל התכנון, משרד האוצר: דלית זילבר, רונית מזר, רחלי קולסקי

משרד הבריאות: רן אדלשטיין, ניר כספי, משה רונן, נועם הירש

חיל האוויר: משה בר גיל

רשות תעופה אזרחית: דדי מנשה, אור עמית זקן

משרד הביטחון: אלון ישעיהו

צוות תכנון תמ"א 49: עדנה לרמן, רחל ברקן, תמי סתיו, חן הררי

עדנה לרמן –

- **הצגת מצב קיים ועיקרי שאלות לדיון:** –המנחתים בבתי החולים נמצאים במצבים סטטוטוריים שונים: חלקם הקטן מעוגן בתכניות סטטוטוריות כולל כל המגבלות, בחלק אחר מגבלות הבניה סביבם אינן מחייבות ועל כן כשירותם של המנחתים נפגעת. בנוסף, לא כל המנחתים מרושיינים על ידי רת"א. חשוב להסדיר סטטוטורית את כל המנחתים הקיימים בבתי החולים על מנת להבטיח את כשירותם.
- **אחת ממטרות התכנית -** הבטחת התשתית הסטטוטורית לקיומם של מנחתי מסוקים – קרקעיים ועל גג בניה חדשה בבתי החולים, כמענה לצורך לאומי בהסתכלות צופה פני העתיד.
- **נושאים לדיון ולהחלטה – איך ניתן להבטיח קיומם של מנחתים קיימים ועתידיים ואילו מגבלות בניה ניתן ורצוי לעגן בתכנית?**
- **עגון מגבלות בניה על מרחב סובב מנחת** מהווה הגבלה גדולה של אפשרויות הבניה בתחום בית החולים וסביבתו חשוב לשמר גמישות מרבית בסימון מגבלות הבניה כל עוד הן אינן מעוגנות בבדיקה ותוכנית מפורטת.
- **יש הבדל בין מנחתי גג ומנחתי קרקע** –: הן מבחינת אפשרות הנחיתה ומשמעויותיה על המבנה ו/או על הסביבה ומגבלות הבניה המוטלות והן מבחינת תפעול שוטף ותחזוקה.[. גודל מסוק אשר יכול לנחות (יסעור, ינשוף, אחר), משפיע על אופי הבנייה והקונסטרוקציה של מבנה עם מנחת גג.]

דלית זילבר –

- מדינת ישראל צפופה ויש לשמר שטחים לפיתוחה העתידי. אי אפשר לשמר בכל בית חולים מגבלות בניה סביב מנחתי קרקע ומנחתי גג. צריך להחליט אילו מנחתים משמרים. מציעה לשמר מנחתים לפי מרחבים אזוריים.

רן אדלשטיין –

- מדינת ישראל צפופה מאוד – אפשרויות **העברת פצועים בקרקע בזמן חירום** היא כמעט בלתי אפשרית. **מערך החירום לפינוי פצועים בזמן חירום תלוי בהעברה אווירית.** לפצוע יש דקות ספורות לזמן הצלה.
- **שני סוגים של העברת פצועים בזמן חירום –**

- ויסות ראשוני – משדה הקרב אל בי"ח הקרוב ביותר לטיפול ראשוני.
- ויסות שניוני – העברה של פצועים במסוקים גדולים לבתי חולים לטיפול המשכי.

- **מנחתים על גגות** –
  - מבנים עם מנחתי גג דורשים תכנון והקמה מיוחדים. מרבית בתי החולים בארץ לא תוכננו למנחתי גג, כך שהקמתם דורשת שינוי דרמטי בבתי החולים.
  - **רק מסוקים קלים יכולים לנחות על מנחת גג.** העברה של מספר רב של פצועים יכולה להתבצע במסוקים גדולים ובמנחתי קרקע.
- נשלח מכתב מאגף חירום במשרד הבריאות למנכ"ל משרד הבריאות וראש המל"ל המתייחס לחשיבות עיגון התאמת כל המנחתים בבתי החולים למסוקים גדולים (יסעור ומסוקים גדולים יותר). השימוש במנחתים קריטי למערך הבריאות.

ניר כספי –

- **עמדת משרד הבריאות** – לכל בית חולים בישראל יש לשמר מנחת קרקעי ומנחת גג.

משה בר-גיל –

- מרבית **מנחתי בתי חולים לא מעוגנים סטטוטורית כולל מגבלות סביבתיות** ולכן עם הזמן כשירותם יורדת (דוגמת לניאדו) או בעיות בטיחותיות אשר גורמות להפסקת הפעילות (סורוקה, מאיר ועוד).
- **חשוב מאוד לשמר סטטוטורית** את מגבלות הבניה סביב מנחתי בתי החולים בצורה מחייבת על מנת לשמור על כשירות פעילות המנחתים.
- **מנחתי גג** – נחיתה על גג מבנה אפשרית מבחינה טכנית אך יש בעיות רבות אשר מונעות אותה: לא תמיד ניתן לנחות על גג עקב אי תכנון מתאים מראש בועיות אופרטיביות וסביבתיות, מרבית מנחתי הגג לא יכולים להכיל מסוקי יסעור (מסוקים גדולים), אחזקה של מנחת גג יקרה ומסובכת יותר ממנחת קרקעי.
- לדעת חיל האוויר **יש לעגן סטטוטורית מנחת גג בכל בית חולים.**
- צה"ל שוקל לקנות מסוקים גדולים יותר מיסעור.

אלון ישעיהו –

- לדעתו יש להעביר את החומר והמסמך שהוכן למנחתים בבתי החולים וחומרים נוספים למל"ל ולתת להם לערוך ניתוח ארצי.
- צה"ל שוקל לקנות מסוקים גדולים יותר ממסוק היסעור.

דדי מנשה –

- כל עוד המנחתים בבית החולים לא מעוגנים סטטוטורית תמיד יהיו בסכנת חוסר כשירות.
- חשוב לשמור על המנחתים, תכניות בניה פוגעות בכשירות המנחתים.
- את המנחתים מפעילים גם חיל האוויר וגם רת"א.
- שלח תיקוף ועדכון לנתונים שנשלחו על ידי צוות התכנון.

דלית זילבר – סיכום –

- **צוות התכנון יתקף ויעדכן את החומרים ביחס למידע שהוצג ויעבירם למשתתפים.**
- **משרד הבריאות יפנה למל"ל בבקשה לערוך תרחישי יחוס ביחס לצורך במנחת בכל בית חולים, זאת בשיתוף עם משרד הביטחון, משרד הבריאות ורת"א, – בשל הדחיפות, נבקש כי מסקנותיו יועברו תוך חודש.**

2.5.2021 – פגישה עם מרכז רפואי גליל, נהריה

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

מרכז רפואי גליל: פרופ' מסעד ברהום – מנהל המרכז הרפואי, משה מיוחס – מנהל אדמיניסטרטיבי

משרד הבריאות: משה רונן

לשכת תכנון מחוז צפון: ניצן בלין

צוות תכנון תמ"א 49: עדנה לרמן, עדי ניב יגודה, יצחק מרום, אורית נבו, חן הררי

מסעד ברהום –

- **מרכז רפואי גליל:**
  - ביה"ח נותן טיפול רב למקרים אקוטיים וכירורגיים.
  - ביה"ח מעניק טיפול לפצועים סורים – כ- 3,000 פצועים (70% מסך כל הפצועים) מטופלים בביה"ח.
  - תחלואה גבוהה – אזור הגליל מאופיין באוכ' חלשה סוציו אקונומית מה שגורם לתחלואה גבוהה באזור.
  - לביה"ח חסרות מיטות וכוח אדם לטיפול נמרץ – מחסור חמור.

משה מיוחס –

- **קהילה –**
  - באזור הגליל שירותי רפואת הקהילה חלשים מאוד בהשוואה לשאר הארץ. בנוסף, האוכ' באזור מפוזרת בצורה גדולה ואין תחבורה ציבורית איכותית. סיבות אלו מביאות לכך שרפואת הקהילה באזור לא איכותית.
  - בתקופת הקורונה היו ניסיונות לאשפוזי בית בקנה מידה קטן – אך בשגרה לא מתקיים בכלל.
  - ביה"ח כמעט ואינו מפעיל שירותיים רפואיים בקהילה.
  - מיטת אשפוז בקהילה אינה שווה למיטת אשפוז בביה"ח (תשתית, כוח אדם, סוגי הטיפול, תקצוב ועוד).
  - בבית החולים מטופלים המקרים האקוטיים ביותר. בכדי שיהיה מעבר משמעותי לקהילה יש לפתח מוסדות המשכיים שאליהם יועברו חולים מביה"ח לאחר שקיבלו את הטיפול האקוטי. [המיון בביה"ח גליל מטפל ב- 24 שעות באותה כמות של נפגעים כמו המיון ברמב"ם].
- **פסיכיאטריה** – אין מיטות אשפוז פסיכיאטריות בביה"ח. בבית החולים 47 מיטות אשפוז פסיכיאטריות לילדים מגילאי 6 -12. מיטות אלו הן ייחודיות מאוד ואינן חלק מסך המיטות הפסיכיאטריות בארץ. בכל אזור הצפון קיימות מיטות כאלו רק בביה"ח גליל.
- **תכנית 210-0554063 משולש בן עמי –**

- במסגרת התכנית ביה"ח עתיד לקבל 60 – 90 דונם (שטחים מצפון ומזרח ביה"ח) ולקבל זכויות בניה רבות לפיתוח ביה"ח.
- מנחת – עתיד להיות מועתק ממיקומו הנוכחי במסגרת תכנית מפורטת.

- **לבית החולים חסרות מיטות אשפוז של טיפול נמרץ.**
- **גריאטריה** –
  - קיימות מיטות אשפוז גריאטריות במסגרת מחלקות פנימיות-גריאטריות. ביה"ח מתכנן להגדיל מחלקות אלו.
  - יש יתרון מובהק (רפואי, ניהולי, לוגיסטי ותקציבי) בטיפול גריאטרי במסגרת בתי חולים כלליים.
  - חושב שיש יתרון לפיזור בתי חולים גריאטריים בצורה רחבה על מנת להנגיש את הטיפול בצורה טובה (מטופלים ומשפחה המגיעה לבקר לעיתים קרובות). באזור הצפון בו המרחקים גדולים, האוכ' המקומית ברובה חלשה סוציואקונומית ואין תחב"צ איכותית - הדבר חשוב ביתר שאת.

משה רונן –

- **תכנית משולש בן עמי** – תאפשר את פיתוח ביה"ח בצורה טובה. ייקח זמן עד לאישורה.
- **מנחת מסוקים** – כיום לא מעוגן סטטוטורית ויש לקדם תכנית מפורטת. כיום המנחת "מאותגר" על ידי עגורן באזור.
- **תכנית מפורטת למרכז רפואי גליל** – לאחר אישור תכנית משולש בן עמי ניתן יהיה לקדם תכנית אב ותכנית מפורטת לביה"ח – נשקלת הקמה של מבנים עד 24 קומות בחלקו הצפוני של ביה"ח. במסגרת התכנית המפורטת ישוריינו מנחת גג ומנחת קרקעי (לינשוף ויסעור).

לרמן אדריכלים ומתכנני ערים בע"מ
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב Ben-Gurion University of the Negev
קבוצת גיאוקרטוגרפיה

5.12.2021 – פגישה עם מערך שיקום במשרד הבריאות

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:
משרד הבריאות: ירון סחר, אורי גולדשטיין, איילת גרינבאום, משה רונן
מנהל התכנון: פיאנה קרנץ
צוות תכנון: עדנה לרמן, יצחק מרום, אביב אלחסיד, תמי סתיו, חן הררי

אורי גולדשטיין –

- מקודמים 2 פרויקטים גדולים למוסדות שיקום:
  - **הדסה הר הצופים -** מתוכננת תוספת של 28,000 מ"ר בנוי ותוספת של בערך 200 מיטות אשפוז. (נבדק עם שחר ועודכן כי מדובר היום על 60 מיטות אשפוז).
  - **פוריה -** מתוכנן מרכז שיקום חדש ובו יהיו 162 מיטות אשפוזו וכ- 24,000 מ"ר בנוי.
- מחסור בשטחי קרקע – יש לוודא כי עקב חוסר הקרקע יהיה פיצוי מתאים בשטחי הבניה איכותיים בתוך המבנים.
- **יוזמה להקמה של בי"ח שיקומי חדש בכרמיאל** – עיריית כרמיאל ורמ"י מקדמים הקמה של בי"ח שיקומי חדש בכרמיאל. יברר פרטים מדויקים יותר.
- **מתחם בי"ח שוהם** – מוסד בעל עתודות קרקע גדולות. יש לחשוב כיצד ניתן לנצל את שטח המתחם. ניתן להקים במקום מוסד שיקומי לצד המוסד הגריאטרי הקיים.

ירון סחר -

- **בי"ח בית לוינשטיין** – שטח ביה"ח כ- 50 דונם. ניתן להגדיל את היקף מיטות האשפוז ל- 450 כפי שמציע צוות התכנון. בחלקו הצפוני של ביה"ח קיימים מבנים נמוכים אשר בעתיד ניתן לבנות במקומם מבנים גדולים יותר.
- **בניה לגובה** – ניתן לבנות מרכז שיקום לגובה, חשוב לבנות את המרכז בצורה המתאימה לטיפול. יש דוגמאות טובות מהעולם לבתי חולים שיקומיים בבניה לגובה (דוגמה - שיקאגו).
- **בי"ח אלי"ן** – שטח ביה"ח כ- 20 דונם. שטח ביה"ח מצומצם ועל מנת להרחיב את המוסד יש לבנות קומה נוספת. לדעתו ניתן להרחיב בעוד 100 מיטות אשפוז.
- **עדי נגב** – מתוכננת הרחבה של המוסד כבר בשנה הקרובה. קיים אישור להגדלת המוסד לכ- 72 מיטות אשפוז.
- **מחוז דרום** – יש חוסר משמועתי של מענה לטיפול השיקומי ביישובים דרומית לב"ש.
- **מוסד שיקום חדש בדרום** – מסכים עם צוות התכנון כי ניתן להקים, בצמידות או כחלק ממוסד גריאטרי חדש, מוסד שיקומי חדש בדימונה.

- **דרישה עתידית לטיפול ואשפוז שיקומי** –
  - לדעתו היום הביקוש לטיפול והאשפוז השיקומי נמצא בתת מימוש עקב ביקוש לא מסופק. רבים מהאוכלוסייה אינם מודעים לטיפולים הקיימים, טיפולים אשר יכולים לשפר מאוד את איכות חייהם.
  - בעתיד הקרוב תהיה עלייה גדולה בדרישה לאשפוז וטיפול שיקומי.
  - מעבר לקהילה – כיום לא קיים אשפוז שיקומי בקהילה. מאמין שתהיה התפתחות בנושא. מעבר דרישה של האשפוז השיקומי לקהילה בהיקף של 15% נשמע סביר מאוד.

יצחק מרום –

- **מתחם בי"ח שוהם** – בעל פוטנציאל לפיתוח משמעותי. ניתן להקים כמה סוגים של מבני אשפוז כולל אשפוז שיקומי ולפתח את המתחם לקומפלקס גדול.

20.12.2021 – מפגש שיתוף ציבור

מקום: פגישה מקוונת

משתתפים:

משרד הבריאות: ליזה אידלמן – מנהלת תחום שיתוף ציבור, איילת גרינבאום אריזון – סמנכ"לית בכירה, אורי גולדשטיין – סמנכ"ל בכיר, נעם הירש – תחום ארצי (תכנון ובניה) בריאות הסביבה, משה רונן – מנהל תחום פרויקטים – מקרקעין, רחלי חאי – סטודנטית שיתוף ציבור

מנהל תכנון: רחלי קולסקי

האגודה לזכויות החולה: יסמין ענבר

נגישות ישראל: יובל וגנר, עו"ד ענת אריאל

המרכז הערבי לתכנון אלטרנטיבי: ענאיא בנא, סירין חסן

מועצת הנגב: יוהן אטלן

הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל: חובב ינאי

אגודת הגליל: אחמד שייח מוחמד, מוחמד ח'טיב

בזכות: שרונה אליהו חי

רשויות מקומיות: דורון אורגיל, אדריס שאוקי, ראני גאבר

צוות תכנון: עדנה לרמן, נדב דוידוביץ', חן הררי, אביב אלחסיד, אורית נבו

מצ"ב לינק להקלטת המפגש: עמוד תמא 49 באתר מנהל התכנון , סיסמה: MOH.gov49!