

משרד הבריאות

פתיחת מחלקות ויחידות בבתי החולים הכלליים

תקציר

רקע כללי

על פי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) אחראי להנפקת תעודות רישום ולחידושן (להלן גם - רישיון) לכלל 339 מוסדות האשפוז שבישראל: בתי החולים הכלליים ולבריאות הנפש, המוסדות למחלות ממושכות והמוסדות לשיקום¹. הרישיון מגדיר את ענפי הרפואה שבית החולים רשאי לעסוק בהם ואת מספר המיטות בו. פקודת בריאות העם 1940 (להלן - פקודת בריאות העם או הפקודה) והתקנות שהותקנו לפיה מסדירים את התהליך למתן אישור רישום לבית החולים, ולהוספה ולגריעה של יחידות מקצועיות² ומיטות אשפוז. על פי הפקודה ותקנותיה מתן אישור להקמה של בית חולים, להוספת מחלקות או יחידות ולהקמה של מרפאה, דורש מהמשרד לקבל את החלטתו בראייה מערכתית וכוללת ולהתחשב בהשלכות האישור ברמה הלאומית.

בשנים 2014 עד 2017 הגישו בתי החולים למשרד הבריאות 109 בקשות לפתיחת יחידות - המשרד אישר 84 מהן; 8 בקשות הוגשו לפתיחת מחלקות - המשרד לא אישר אף אחת מהן; 29 בקשות להמרת יחידות³ - המשרד אישר 26 מהן; וכן הוגשו 18 בקשות לתוספת מיטות או עמדות - והוא אישר רק אחת מהן. בשנת 2017 נפתח בית החולים אסותא אשדוד ובו 300 מיטות. בספטמבר 2014 החליטה ממשלת ישראל על הקמת בית חולים חדש בבאר שבע.

פעולות הביקורת

מינואר 2018 עד אוקטובר 2018 בדק משרד מבקר המדינה את נושא פתיחת מחלקות ויחידות בבתי החולים הכלליים. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: קיום תוכנית לפתיחת מחלקות ויחידות, התהליך לאישור בקשות לפתיחת מחלקות ויחידות, הפעילות של משרד הבריאות ומשרד האוצר בהקמת בתי חולים חדשים והתאמת מספר המיטות בבתי החולים לרישיון ההפעלה שלהם. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים הממשלתיים,

1 מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2016, משרד הבריאות, תשע"ח-2017.

2 לרבות מחלקה, מכון, מרפאה, או חדר ניתוח, למעט מעבדה.

3 המרת יחידות נעשית כאשר בית החולים מבקש לבטל לחלוטין פעילות או חלק מהפעילות ביחידה קיימת לטובת פתיחת יחידה חדשה (לדוגמה: יחידת צנתורי המוח הומרה מהיחידה לנירולוגיה ולתפקוד מיני; היחידה לרפואת ריאות פולשנית הומרה מהיחידה לגנטיקה; היחידה ללוקמיה הומרה מהיחידה לתזונה).

בבתי החולים הממשלתיים העירוניים, בארבע קופות החולים ובמרכז הרפואי הדסה עין כרם. בירורים נעשו במרכז הרפואי שערי צדק (להלן - שערי צדק)⁴. בדיקות השלמה נעשו בנציבות שירות המדינה.

הליקויים העיקריים

היעדר תוכנית לפתיחת מחלקות ויחידות במערכת הבריאות

תוכניות רב-שנתיות למערך האשפוז הכללי: תוכניות המשרד לתוספת המיטות לטווח הארוך, עד 2035, אינן שלמות - לא נקבעו בהן מאפייני המיטות: סוגי המיטות לפי המחלקות שיידרשו ופיזורן הגיאוגרפי. גם לא נקבעו יעדים ומספר המיטות ל-1,000 נפש, שיעור התפוסה הרצוי בבתי החולים וזמן השהייה הממוצע בהם. בפועל הכין המשרד מהתוכניות הקיימות תחזית לתוספת מיטות נדרשות לשנים 2011 - 2015 ולשנים 2017 - 2022 והגיע לסיכומים עם משרד האוצר על תוספת מיטות לשנים אלו לפי מחלקות ואזורים גיאוגרפיים. נכון למועד סיום הביקורת באוקטובר 2018, למשרד הבריאות אין תוכנית שקובעת את עקרונות התכנון ארוך הטווח למספר המיטות לנפש, את היקף המיטות שיידרש ומתוך כך מהו המבנה העתידי של המחלקות והיחידות החדשות שיידרשו וכאלה שיהיה צריך לסגור⁵.

צורך בכוח אדם רפואי וסיעודי: משרד הבריאות לא גיבש תוכנית רב-שנתית בדבר צורכי כוח האדם הרפואי והסיעודי העתידיים בכל תחום התמחות, על פי הפיזור הגיאוגרפי, ועל פי מקומות ההתמחות שהוא מתעתד להוסיף בכל תחום ובכל בית חולים.

המשרד לא נערך לצורך לפתוח מחלקות חדשות ולעבות מחלקות קיימות לקראת הזדקנות האוכלוסייה: אף שהממשלה החליטה ביוני 2015 כי עד ינואר 2016 על משרד הבריאות לערוך עבודת מטה, בשיתוף גורמי ממשלה נוספים, כדי להיערך למשמעויות החברתיות והכלכליות הנובעות מתהליך הזדקנות האוכלוסייה, המשרד לא הכין תוכנית סדורה הקובעת את צורכי הפיתוח העתידיים ואת המענה שיינתן לגידול המשמעותי הצפוי במספר הקשישים, לרבות הצורך בפתיחת מחלקות ויחידות, בתוספת מיטות ייעודיות ובמענה סיעודי-שיקומי שיידרש.

4 שערי צדק הוא בית חולים ציבורי כללי המוגדר כמלכ"ר (מוסד ללא כוונת רווח). בית החולים לא מקבל סיוע תקציבי ישירות מהממשלה. עיקר מימונו מגיע מתשלומי החולים וקופות החולים וחלקו מתרומות. בבית החולים פועל חבר מנהלים בין-לאומי, שתפקידו לייעץ למנכ"ל בית החולים.

5 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355; **דוח שנתי 61ב** (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כללים", עמ' 169; **דוח שנתי 63ג** (2012), בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717; **דוח שנתי 65ג** (2015), בפרק "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503.

התהליך לאישור פתיחת מחלקות יחידות בבתי החולים

אישור בקשות לפתיחת מחלקות יחידות: לפורום יחידות, העוסק בבקשות לפתיחת מחלקות יחידות, ולתוספת ולהמרה של מיטות⁶, ולועדת הפרויקטים, העוסקת בבקשות לבינוי של מחלקות יחידות⁷, אין נוהל הקובע את התהליך לאישור הבקשות ומפרט את אמות המידה שלפיהן יש לבחון אותן. ברוב המקרים הפרוטוקולים של דיוניהם מנוסחים בתמציתיות רבה, ואין בהם פירוט של השיקולים שהביאו לאישור בקשה או לדחייתה. כתוצאה מכך לא ניתן לבחון האם הבקשה תואמת לתוכניות המשרד, האם היא עומדת באמות המידה שנקבעו, האם הועלו ספקות בנוגע לאישור הבקשה או לדחייתה, האם הובאו בחשבון כל השיקולים כנדרש, האם עמדו לפני מקבלי ההחלטה הנתונים המרכזיים הנדרשים לשם קבלת ההחלטה - כמו תמונת המצב הנוגעת לבקשה, החלופות שהועלו וההשלכות של כל חלופה - וכן לא ניתן ללמוד מהפרוטוקולים על הנימוקים לגבי החלופה הנבחרת; אם התקבלה החלטה שונה מהחלטה קודמת באותו עניין - לא ניתן לכך ביטוי ולא ניתן לעמוד על הסיבה לשינוי.

החלטות המשרד בנוגע לפתיחת מחלקות או יחידות בבתי החולים הכלליים: בדרך כלל מעורבותו של המשרד היא תגובתית בלבד: הוא מסתפק בדיון בבקשות הנקודתיות של מנהלי בתי החולים, אשר מועלות על פי צרכים פנימיים שלהם, ואינו יוזם דיון אסטרטגי בעניין הצורך בהקמה של יחידות או מחלקות, זאת גם כשידוע לו שבבתי חולים מסוימים חסרות יחידות שחובה על בית החולים להפעילן.

אישור פתיחת מחלקה (יחידה) לניוירוכירורגיה בשערי צדק: בנובמבר 2015 אישר המשרד את בקשת שערי צדק לפתוח מחלקה ניוירוכירורגית. החלטת המשרד על פתיחת מחלקה ניוירוכירורגית בשערי צדק חורגת מהאמור בתוספת החמישית לפקודת בריאות העם⁸. המסמכים המתעדים החלטה זו דלים בהסברים ולא מציגים כראוי את הנסיבות המצדיקות את הקמת המחלקה החדשה. לא ניתן ביטוי בפרוטוקול לבחינת השיקולים כמו הצורך הרפואי בתשתיות ובשירותים בראייה אזורית, ובמיוחד בהתחשב בכך שמחלקה כזו כבר פועלת במרחק של כ-6 ק"מ בלבד, בבית החולים הדסה; הצורך בפתיחת המחלקה בהתחשב במספר הצפוי של נפגעי הטראומה הזקוקים לטיפול מיידי במחלקה הניוירוכירורגית בהשוואה למספר המטופלים האמבולטוריים; ההצדקה למתן עדיפות לפתיחת המחלקה בשערי צדק ביחס לבתי חולים אחרים; ההשלכות של ההוצאות לתפעול המחלקה על ההוצאה הלאומית לבריאות; החשש לפגיעה בצבירת הניסיון האישי והקבוצתי של

6 פורום יחידות פועל בחטיבת הטכנולוגיות הרפואיות במשרד ומתכנס מספר פעמים בשנה בהתאם לבקשות.

7 ועדת הפרויקטים פועלת במשרד, וחבריה ממונים על ידי מנכ"ל המשרד והיא מתכנסת מספר פעמים בשנה בהתאם לבקשות.

8 לפי הפקודה המספר המרבי של מחלקות ניוירוכירורגיה בארץ יעמוד על תשע, מתוכן עד שבע מחלקות בבתי חולים ציבוריים. בעת הביקורת פעלו תשע מחלקות בבתי חולים ציבוריים.

הצוות הרפואי בשל פיצול הטיפולים הנירוכירורגיים בין שתי המחלקות - בשערי צדק ובהדסה - וההשלכות הנוספות על הדסה; וזמינות כוח האדם המתאים להפעלת המחלקה.

אישור הקמת מכון רדיותרפיה בשערי צדק: בינואר 2016 אישר משרד הבריאות את בקשת שערי צדק להקים מכון לרדיותרפיה (טיפול בקרינה). עלה שלמשרד אין מסמכים מתעדים שניתן ללמוד מהם האם בעת אישור הבקשה הובאו בחשבון אמות המידה לפתיחת יחידה חדשה, כפי שנקבע בתקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, והאם הובאו בחשבון שיקולים נוספים הרלוונטיים להחלטה: ההשפעה על המחלקה לרדיותרפיה שכבר פועלת בהדסה ובחינת עיבוי המחלקה הקיימת שם; ההשלכות של ההוצאות לתפעול המכון על ההוצאה הלאומית לבריאות⁹; זמינות כוח אדם מקצועי להקמתו של המכון ולהפעלתו; וההשלכות של פתיחת המכון על מקצוע הרדיותרפיה, שכבר שרוי במצוקה.

פערי נפח פעילות גדולים במחלקות להשתלות: בארץ פועלים שבעה מרכזי השתלות. רוב ההשתלות נעשות בשלושה מרכזים רפואיים סמוכים במרכז הארץ ומרביתן בבית החולים בילינסון (76%). הדבר עלול לפגוע ביכולת של כל מחלקה בכל אחד משלושת המרכזים הרפואיים לצבור די ניסיון שיביא להתמחות ולמומחיות ואף גורם לכפילות מיותרת של תשתיות.

קושי בפתיחת מחלקות ויחידות בפריפריה בשל מימון חסר - היעדר תרומות

בדוחות קודמים של מבקר המדינה¹⁰ צוין כי בתי החולים שבפריפריה מתקשים בגיוס תרומות, והדבר מקשה על יכולתם לקדם הקמה של מחלקות ויחידות חדשות. בשל כך למשל במשך שנים רבות לא קיבלו תושבי צפון הארץ שירותי שיקום במרחק סביר ממקום מגוריהם ונאלצו להיטלטל עם משפחותיהם למרכזים רפואיים מרוחקים, כדי לקבל את שירותי השיקום שלהם הם נזקקים¹¹. המשרד אישר את בקשת המרכז הרפואי פוריה להקים מרכז שיקום, וסוכם שחלק מההוצאות ימומנו על ידי תרומות. עלה כי המרכז הרפואי מתקשה בגיוס התרומות, דבר העלול לגרום לעיכוב בפתיחת המרכז.

9 על פי הערכת אגף התקציבים במשרד האוצר מינואר 2019, עלות ההקמה של מכון רדיותרפיה נאמדת בכ-116 מיליון ש"ח.

10 ראו מבקר המדינה **דוח שנתי 161** (2011), בפרק "תרומות לבתי החולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741. ראו גם **דוח שנתי 163** (2013), בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 155.

11 ראו מבקר המדינה **דוח שנתי 162** (2012), בפרק "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.

כפל שירותי בריאות בין הקהילה לבין בתי החולים

פתיחת מרפאות ומכונים בקהילה שמקיימות הקופות, נעשית בהחלטה פנימית של כל קופה וקופה ולא נדרשת לאישור המשרד. באופן הזה ייתכן שתיווצר כפילות בתשתיות ואי-מיצוי של תשתיות קיימות. החוסר בתוכנית ארוכת טווח של המשרד בנוגע לפתיחה עתידית של מחלקות, יחידות ומרפאות ובנוגע לתוספת מיטות, גורם לכך שהקופות אינן מכירות את תוכניות המשרד ואינן מעודכנות בתמונת המצב שעשויה לסייע להן להחליט החלטות בראייה כוללת.

משרד הבריאות ומשרד האוצר אינם מקדמים כראוי את ההחלטה להקים בית חולים חדש בבאר שבע

בספטמבר 2014 החליטה הממשלה להקים בית חולים חדש בבאר שבע. בניגוד להחלטת הממשלה ולהחלטות ועדת ההיגוי שהוקמה מכוחה, עדיין לא קבעו משרד הבריאות ומשרד האוצר את מודל ההפעלה של בית החולים שיוקם וגם לא את המסגרת התקציבית שתידרש לשם כך; הם גם לא הנחו את החשב הכללי במשרד האוצר לפרסם מכרז כפי שנדרשו בהחלטת הממשלה.

מספר המיטות בבתי החולים אינו תואם את רישיון ההפעלה שלהם

המשרד לא השלים תהליך שהחל בו בשנת 2016 להקטנת הפערים בין מספר המיטות בפועל בבתי החולים ובין מספר המיטות שעל בתי החולים להפעיל על פי רישיון ההפעלה שלהם (הרישיון מפרט את מספר המיטות המרבי הכולל שבית החולים יכול להפעיל בחלוקה לפי סוגי מחלקות, יחידות ומרפאות). סך המיטות במחלקות בכל בתי החולים הכלליים לפי רישיונותיהם, ללא מיטות במחלקות יולדות, הסתכם בכ-14,000.

הועלה כי בשנת 2017 במחלקות שהיה בהן עודף מיטות בכלל בתי החולים (בעיקר מחלקות פנימיות ומחלקות כירורגיה כללית) היו בפועל כ-1,400 מיטות יותר מהרשום ברישיונות בתי החולים, ובמרכז רפואי גדול אחד אף נמצא פער של 40% (כ-400 מיטות שהפעיל המרכז הרפואי מעבר למותר ברישיונו). מנגד - במחלקות בכלל בתי החולים שבהן מספר המיטות בפועל היה קטן מהרשום ברישיונות שלהם (בעיקר בבריפריה ובמחלקות מסוימות, בהן עיניים, ילדים ונשים) היה הפרש של כ-2,050 בין הרשום ברישיונות ובין

מספר המיטות בפועל. כך למשל, במרכז רפואי אחד נמצא שמספר המיטות בפועל בשתי מחלקות ילדים היה קטן ב-22 ממספרן ברישיון¹².

יש לכך משמעויות מבחינת איכות הטיפול, השמירה על כבוד החולה והעומס הכבד על הצוותים הרפואיים. המשרד לא ניתח את המקרים ולמעשה התעלם מסוגיה זו. הפעלת בית חולים שלא על פי הרישיון שניתן לו ובלי שהמשרד מאשר זאת עלולה לגרום לאי סדר במערכת, ואגב כך מתאינת יכולת המשרד למלא את תפקידו כרגולטור של מערכת הבריאות.

ההמלצות העיקריות

על משרד הבריאות לקיים עבודת מטה שתביא לגיבוש תוכנית רב-שנתית לפתיחת מחלקות ויחידות או להרחבת מחלקות ויחידות קיימות. עבודת המטה צריכה לכלול מיפוי של המצב הקיים והצבת יעדים עתידיים. על המשרד לגבש את התוכנית על בסיס התחזיות לשינויים הדמוגרפיים ולשינויים הטכנולוגיים הצפויים, על בסיס הסכמות שכבר הגיע אליהן עם משרד האוצר ועל בסיס החלטות מוקדמות של הממשלה. עליו גם לקבוע מה יהיה היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי הנדרש להפעלת המחלקות והיחידות החדשות, באילו תחומי התמחות, כמה מקומות להתמחות יידרשו ובאילו בתי חולים. בהתאם לכך עליו גם לקבוע תוכנית מתועדת ומדורגת לבינוי והצטיידות, תוך בחינת כלל מקורות תקציבי הפיתוח, הצרכים העתידיים הצפויים וההתפתחויות הטכנולוגיות. כתנאי מקדים לגיבוש תחזית לפתיחת מחלקות ויחידות או להגדלתן נדרש המשרד לקבוע יעדי מטרה אזוריים למספר המיטות ל-1,000 נפש¹³, לשיעור התפוסה הממוצע¹⁴ ולתקופת השהייה הממוצעת¹⁵, כך שיתאפשר מתן טיפול רפואי נאות, כאמור בחוק זכויות החולה¹⁶. על משרד האוצר להירתם לגיבוש התוכנית הרב-שנתית.

- 12 מספר המיטות הכולל של שתי המחלקות ברישיון בית החולים היה 60; בפועל היו 38 מיטות בלבד.
- 13 לפי פרסום משרד הבריאות ביולי 2018, **מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD**, שיעור המיטות לאשפוז קורטיבי (לרפוי) לאלף נפש בשנת 2016 היה בישראל 2.3 (מיטות לאשפוז קורטיבי כוללות מיטות לאשפוז כללי, לטיפול פסיכיאטרי ולאשפוז גריאטרי); ממוצע ה-OECD היה 3.6.
- 14 בעת הביקורת היו בתי החולים הכלליים בישראל בשיעור תפוסה ממוצעת של כ-93%. (ראו מבקר המדינה **דוח שנתי 2011**), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169). לדעת מומחים השיעור הנכון הוא 85% (שיעור התפוסה הממוצע בקרב מדינות ה-OECD עמד בשנת 2016 על 75.5%).
- 15 לפי פרסום משרד הבריאות ביולי 2018, **מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD**, מספר ימי השהייה הממוצעת באשפוז כללי ב-2016 בישראל היה 5.2 ימים; ממוצע ה-OECD היה 6.4 ימים.
- 16 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. סעיף 5 קובע כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועי והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש".

על המשרד למפות את כל התשתיות ולבדוק היכן קיים כפל מיותר, ובמקרים כאלה עליו לגבש תוכנית להתייעלות מתוך מגמה לפתח מוקדי ידע ומומחיות בבתי החולים השונים, כך שתובטח יעילות העבודה של כלל היחידות הרפואיות.

על משרד הבריאות להטמיע את הנוהל שגיבש לפעילות פורום יחידות לצורך קבלת החלטות על הקמת מחלקות ויחידות חדשות. עליו גם לגבש נוהל לפעילות ועדת הפרויקטים שבמשרד. בכלל זה יש להבטיח כי תוצג לפני מקבלי ההחלטות תמונת מצב שלמה ומעודכנת על אודות כל הנתונים הרלוונטיים לקבלת ההחלטה, ושיוצגו החלופות השונות ומשמעויותיהן, ובכלל זה המשמעות הכלכלית של ההחלטה והתחשיב הכלכלי הכרוך בכך, ההשלכות על מחלקות אחרות בבית החולים ובבתי חולים אחרים וכן ההיבטים הקשורים לתשתיות ולכוח האדם הנדרשים לשם הפעלת המחלקה או היחידה החדשה. על מנכ"ל משרד הבריאות לעקוב אחר השלמת הנוהל והטמעתו ועליו לוודא כי העבודה נעשית לפיו.

על המשרד לגבש מתכונת נכונה לתפיסת פיזור המתקנים הרפואיים בארץ, כך שיינתן מענה הולם, נגיש וזמין לכלל האוכלוסייה, בהתחשב במרחק הסביר לקבלת השירות, בהיקף הנזקקים לכל שירות ובעלויות הכרוכות בכך. על מנת להבטיח נפח פעילות גדול דיו לניתוחי השתלות, ראוי שהמשרד ישקול גם לקבוע מוקדי התמחות בתחום ההשתלות על פי סוגי ההשתלות כך שבכל מוקד יהיו המטפלים מומחים ובעלי ידע מעמיק בתחום. המלצה זו יפה, באותה מידה, גם לתחומים רפואיים אחרים וראוי שהמשרד ישקול לפעול על פיה.

כדי לעמוד בלוח הזמנים שנקבע להקמת בית החולים החדש בבאר שבע, על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לשנס מותניים ובעבודה משותפת ומתואמת לנהל את פרויקט ההקמה. נוכח החשיבות של פרויקט זה, יש לראותו בגדר פרויקט לאומי, ולכן על שר הבריאות להיות מעורב בהתקדמותו.

על המשרד להתאים את הרישיונות שהעניק לבתי החולים - למצב בפועל של המיטות במחלקות. עליו לבחון, בראייה כוללת ולאומית, האם המצב בפועל מספק כראוי את צורכי האוכלוסייה, ועליו לגבש תוכנית שתתקן את המצב במחלקות, ביחידות ובדרך ארגון המיטות במקומות שקיים בהם עודף או חוסר או שקיימת בהם כפילות של תשתיות, ותאזן את היצע התשתיות ביחס לצרכים. היות שמדובר במהלך עמוק ונרחב בעל השלכות בהיבטים פרסונליים, נדרשת בעניין זה מעורבות של ההנהלה הבכירה של המשרד וכן שיתוף של הנהלות בתי החולים ומשרד האוצר.

סיכום

במערכת האשפוז של בתי החולים בישראל מגוון של מחלקות ויחידות. למשרד הבריאות, כגורם-על שביכולתו לראות את צורכי הפיתוח בהיבט מערכתי-לאומי, תפקיד חשוב בעיצוב פני מערכת הבריאות בישראל. אחד מתפקידיו של המשרד הוא לאשר פתיחה של מחלקות או יחידות בבתי החולים, אולם למשרד אין תוכנית רב-שנתית שעוסקת בנושא זה. תוכנית כזו חיונית כדי להבטיח מתן טיפול רפואי נאות ושוויוני לכלל האוכלוסייה במדינה - במרכז הארץ כמו גם בפריפריה. ראוי שהתוכנית תלווה בעבודת מטה שתבחן את השינויים הדמוגרפיים ואת השינויים הטכנולוגיים הצפויים, וכן את כוח האדם הנדרש בכל מקצועות הבריאות הרפואיים, הפרה-רפואיים והסיעודיים.

התהליך בפועל של מתן אישור לפתיחת מחלקות ויחידות אינו פרי תכנון ארוך טווח, והגדלת מחלקות קיימות נעשית ללא בחינת מכלול השיקולים. כמו כן הפרוטוקולים של הפורומים המאשרים את הבקשות אינם מפורטים ואינם משקפים את הנאמר בדיון. משרד מבקר המדינה ציין כבר כמה וכמה פעמים כי המצוקה התקציבית במערכת הבריאות אינה מאפשרת להעניק את כל השירותים החיוניים באופן מלא, נגיש וזמין ובאיכות הראויה. מתמונת המצב העולה בביקורת ניכר שנוסף למצוקה התקציבית, פועלת מערכת הבריאות, לפחות בחלק מהמקרים שנבדקו, באופן לא מיטבי הגורם לבזבוז משאבים.

על משרד הבריאות לגבש מתכונת נכונה ותוכנית אסטרטגית לתפיסת פיזור המתקנים הרפואיים בארץ, כך שיינתן מענה הולם, נגיש וזמין לכלל האוכלוסייה, בהתחשב במרחק הסביר לקבלת השירות, בהיקף הניקיים לכל שירות ובעלויות הכרוכות בכך. עליו להתאים את הרישיונות שהעניק להפעלת בתי החולים - למצב בפועל; עליו לבחון בראייה כוללת ולאומית, האם המצב בפועל מספק כראוי את צורכי האוכלוסייה; ועליו לגבש תוכנית שתתקן את המצב ותאזן את היצע התשתיות אל מול הצרכים. היות שמדובר במהלך עמוק ונרחב, בעל השלכות בהיבטים פרסונליים, נדרשת בעניין זה מעורבות של ההנהלה הבכירה של המשרד וכן שיתוף של הנהלות בתי החולים, קופות החולים ומשרד האוצר. על מהלך כזה להתבסס על הנחות היסוד המתאימות: לראות את טובת הציבור, לשמור על תקציב המדינה ולמצותו ביעילות, וכן להבטיח כוח אדם איכותי.

נוכח השונות המובהקת בין מאות מוסדות האשפוז בישראל, האינטרסים השונים של כל בעלים ואף של כל בעל בית חולים בעצמו וריבוי הבעלויות, על משרד הבריאות להיות מאסדר נחוש והחלטי שבידיו כלים בעלי ערך לאסדרה של בניית מערכת אשפוז נכונה, יעילה וצופה פני עתיד.

מבוא

בישראל פועלים 339 מוסדות אשפוז¹⁷. 44 מהם הם מוסדות לאשפוז כללי (להלן - בתי חולים או מרכזים רפואיים), 12 הם מוסדות לבריאות הנפש, 281 מוסדות למחלות ממושכות ו-2 מוסדות שיקום. בסוף שנת 2016 עמד תקן מיטות האשפוז של מערכת הבריאות על כ-44,700¹⁸. ההוצאה הלאומית לבריאות הייתה ב-2017 כ-95 מיליארד ש"ח, כשליש ממנה היה הוצאה על אשפוז, זאת בדומה למרבית מדינות ה-OECD¹⁹.

על פי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966 (להלן - תקנות רישום בתי חולים), משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) אחראי להנפקת תעודת רישום ולחידושה (להלן גם - רישיון) למוסד רפואי לאחר שהאגף לרפואה כללית במשרד ביצע בקרה רב מקצועית²⁰. הרישיון ניתן לתקופה שבין שלושה חודשים ועד לשלוש שנים²¹, והוא מגדיר את ענפי הרפואה שבית החולים רשאי לעסוק בהם, את מספר המיטות בו ואת מבנה בית החולים - המחלקות, היחידות, המרפאות, המכונים והמעבדות, וכן מפורטים ברישיון המכשירים הרפואיים המיוחדים שברשות בית החולים והיחידות הרפואיות המוכרות שלו להתמחות. לא ניתן לשנות את המוגדר ברישיון אלא באישור מנכ"ל המשרד.

פקודת בריאות העם, 1940 (להלן - פקודת בריאות העם או הפקודה), מסדירה את התהליך למתן אישור רישום לבית החולים. לפי הפקודה, מנכ"ל משרד הבריאות הוא הגורם המאשר, ומראש, הקמה של בית חולים; בפקודה גם נקבעים השיקולים והתנאים להקמת בית חולים ולהוספת יחידות מקצועיות²². על שר הבריאות, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, לקבוע בתקנות כללים, מבחנים ואמות מידה בנוגע לכך. מנכ"ל המשרד מאשר גם סגירה של יחידות מקצועיות והפחתת מיטות.

בשנים 2014 עד 2017 הגישו בתי החולים למשרד הבריאות 109 בקשות לפתיחת יחידות - המשרד אישר 84 מהן; 8 בקשות הוגשו לפתיחת מחלקות -

- 17 מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2016, משרד הבריאות, תשע"ח-2017.
- 18 15,556 מיטות באשפוז הכללי, 3,567 מיטות לבריאות הנפש, 24,747 מיטות למחלות ממושכות ו-847 מיטות אשפוז לשיקום.
- 19 ההוצאה הלאומית לבריאות ב-2017 הייתה 7.5% מהתמ"ג (הודעה לתקשורת של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מ-16.8.2018), ובשנת 2016 - 7.4%.
- 20 בבקרה משתתפים נציגים של האגף לרישוי מוסדות רפואיים, לשכת הבריאות המחוזית או הנפתית ונציגי כל המקצועות הרלוונטיים (כגון הרדמה, סיעוד חדר ניתוח, הנדסת מערכות, רשומות רפואיות, פיזיותרפיה, פסיכולוגיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, תברואה, וכדומה).
- 21 משך הרישוי מטעם משרד הבריאות משקף על פי רוב את איכות הטיפול במוסד, כפי שנקבע על סמך בקורות שעורך המשרד. משך הרישוי ניתן לתקופות של 3 חודשים, 6 חודשים, 12 חודשים ו-36 חודשים. כך שככל שמשך הרישוי ארוך יותר, לרוב איכות הטיפול טובה יותר.
- 22 יחידה מקצועית לפי פקודת הבריאות היא יחידה בבית חולים, לרבות מחלקה, מכון, מרפאה, או חדר ניתוח, למעט מעבדה (בפועל, לעיתים גם יחידה ארגונית עם מיטות אשפוז בודדות או גם ללא מיטות אשפוז - מכונה "יחידה מקצועית בבית חולים").

המשרד לא אישר אף אחת מהן; 29 בקשות להמרת יחידות²³ - המשרד אישר 26 מהן; וכן הוגשו 18 בקשות לתוספת מיטות או עמדות - והוא אישר רק אחת מהן. חלק מהבקשות הן בקשות חוזרות שלא נענו בעבר והוגשו שוב לדין. בינואר 2002 נחקק חוק בית חולים באשדוד (הקמה והפעלה), התשס"ב-2002. בשנת 2017 נפתח בית החולים אסותא אשדוד ובו 300 מיטות. בספטמבר 2014 החליטה ממשלת ישראל על הקמת בית חולים חדש בבאר שבע²⁴.

ההחלטה על פתיחה של מחלקה או של יחידה בבית חולים קיים, כמו גם ההחלטה על הקמת בית חולים חדש, הן החלטות כבדות משקל ברמה הלאומית, ויש להן השלכות על ההוצאה הלאומית הציבורית לבריאות. למימוש החלטות אלה נדרש להקצות משאבים לשם מימון כוח האדם, בינוי, תשתיות, ציוד ותחזוקה שוטפת. החלטות אלה גם משליכות על מספר המיטות לנפש, והן עלולות להביא לחריגה במספר המיטות ביחס לצורכי האוכלוסייה באותו האזור²⁵. בדוחות קודמים של מבקר המדינה צוין כי בדרך כלל הקמה של מחלקות ויחידות נעשית במימון מלא או חלקי של מקורות חיצוניים כתרומות²⁶.

פעולות הביקורת

מינואר 2018 עד אוקטובר 2018 בדק משרד מבקר המדינה את נושא פתיחת מחלקות ויחידות בבתי החולים הכלליים. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: קיום תוכנית לפתיחת מחלקות ויחידות, התהליך לאישור בקשות לפתיחת מחלקות ויחידות, הפעילות של משרד הבריאות ומשרד האוצר בהקמת בתי חולים חדשים, התאמת מספר המיטות בבתי החולים לרישיון ההפעלה שלהם. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים הממשלתיים, בבתי החולים הממשלתיים העירוניים²⁷, בארבע קופות החולים ובמרכז הרפואי הדסה עין כרם. בדיקות השלמה נעשו בנציבות שירות המדינה. בירורים נערכו במרכז הרפואי שערי צדק (להלן - שערי צדק)²⁸.

23 המרת יחידות נעשית כאשר בית החולים מבקש לבטל לחלוטין פעילות או חלק מהפעילות ביחידה קיימת לטובת פתיחת יחידה חדשה (לדוגמה: יחידת צנתורי המוח הומרה מהיחידה לנירולוגיה ולתפקוד מיני; היחידה לרפואת ריאות פולשנית הומרה מהיחידה לגנטיקה; היחידה ללוקמיה הומרה מהיחידה לתזונה).

24 החלטה מס' 2025 של הממשלה ה-33, "תכנית רב שנתית לפיתוח הדרום" מיום 23.9.14.

25 בהקשר זה ראוייה לציון התופעה המיוחדת שירותים רפואיים, כמו פתיחת בית חולים, מחלקות ויחידות, הוספת מיטות אשפוז, או כל שירות רפואי אחר, והיא התופעה המכונה "כשל שוק בכלכלת הבריאות". זהו מצב הנובע בין השאר מכך שההיצע יוצר ביקוש - כלומר כל מיטת אשפוז חדשה (כמו גם כל אמצעי תשתיתי אחר) אשר מוצעת, גוררת אחריה ביקוש למיטה, אך לא תמיד הצורך בה הוא אמיתי.

26 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 161** (2011), בפרק "תרומות לבתי החולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741. ראו גם **דוח שנתי 163** (2013), בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 155.

27 בתי חולים בבעלות עירונית שהוכנסו למסגרת התקציב הממשלתית. עובדיהם הם עובדי עירייה.

28 שערי צדק הוא בית חולים ציבורי כללי המוגדר כמלכ"ר (מוסד ללא כוונת רווח). בית החולים לא מקבל סיוע תקציבי ישירות מהממשלה. עיקר מימונו מגיע מתשלומי החולים וקופות החולים וחלקו מתרומות. בבית החולים פועל חבר מנהלים בין-לאומי, שתפקידו לייעץ למנכ"ל בית החולים.

היעדר תוכנית לפתיחת מחלקות ויחידות במערכת הבריאות


משרד הבריאות הוא המאסדר של מערכת הבריאות. מתוקף תפקידו זה הוא הגורם האחראי לגיבוש מדיניות בריאות לאומית. במסגרת תוכנית מדיניות הבריאות, כבר בשנת 2011 הגדיר משרד הבריאות כ"עמודי אש"²⁹ מטרות רב-שנתיות למערכת הבריאות: הצבת המטופל במרכז, חיזוק היסודות ואיתנות המערכת, חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בהיבטים של חיזוק הרפואה בבתי החולים הציבוריים, חיזוק הרפואה בקהילה והבטחת רצף הטיפול, עיצוב מערכת הבריאות בהתאם לאתגרי העתיד, וקידום האיכות והשקיפות במערכת הבריאות. אשר לכל מטרה, ציונו הבעיות והוצגו דרכי הפעולה להתמודד עמן, הוגדרו יעדים ומדדים לבחינה של הצלחת התוכנית, והתוכניות הרלוונטיות הוכנסו לתוכנית העבודה של האגפים במשרד³⁰. כנגזרת למטרות הרב-שנתיות הוגדרו יעדים ומדדים לבחינה של הצלחת התוכנית. כך לדוגמה קבע המשרד כיעד בנוגע לאזורי הפריפריה כי יש לשפר את התשתיות הפיזיות והטכנולוגיות, ויש להוסיף יחידות מקצועיות, יחידות טכנולוגיות, מיטות, וכך רופאים ואחיות.

כנגזרת מהמדיניות, נוכח הצורך בתכנון ארוך טווח ונוכח המשאבים רחבי ההיקף שיידרשו ליישום המדיניות, המשרד אמור לגבש תוכנית עבודה רב-שנתית, כדי לספק באופן מדורג את הצרכים העתידיים של האוכלוסייה, ובכלל זה לקבוע את מספר המיטות שיידרשו, לקבוע את התוספת הנחוצה למחלקות, לתכנן יחידות חדשות ולקבוע את ייעודן. בהתאם לכך יש צורך גם בקביעת המשאבים שיש בהם צורך - כוח אדם, תשתיות ואמצעים, ולשם כך נדרש המשרד לאמוד את התקציב הנחוץ ליישום התוכנית, לקבוע את מקורות המימון שלה ואת לוח הזמנים לביצועה. על בסיס תוכנית העבודה הרב-שנתית יהיה ניתן לגזור תוכנית עבודה שנתית מפורטת.

חוסר בתוכנית רב-שנתית כוללת למערך האשפוז הכללי: בשנת 2014 הכין מינהל התכנון האסטרטגי והכלכלי שבמשרד תוכנית למיטות לאשפוז כללי לשנים 2020 עד 2035. בדצמבר 2017 החליטה המועצה הארצית לתכנון ובנייה שבמשרד האוצר על הכנת תוכנית להקמת מוסדות בריאות, תוך התחשבות בצפי לגידול האוכלוסייה, צפי המיטות הנדרשות והזדקנות האוכלוסייה (תוכנית

29 יעדים ארוכי טווח שהמשרד קבע ב-2011 ומהם נגזרות תוכניות העבודה השנתיות של משרד הבריאות.

30 תוכנית העבודה של משרד הבריאות הוכנה על פי מדריך התכנון הממשלתי (משרד ראש הממשלה, האגף לתכנון מדיניות, ספטמבר 2010). זהו מדריך לעקרונות לתכנון ארוך טווח במשרדי הממשלה, הקובע כי תהליך בניית תוכנית העבודה המשרדית תחילתו בגיבוש יעדי מדיניות רב-שנתיים על פי מטרות המשרד, בהערכת המצב לקבלת תמונת מצב מערכתית כוללת כבסיס לבחינת סדרי העדיפויות, ובהערכת מגבלות התקציב הנתונות.



 המשרד הכין תוכניות
 למספר המיטות
 שיידרשו עד לשנת
 2035, אך לא נקבעו
 בהן סוגי המיטות
 הנחוצות בכל מחלקה
 ופיזורן הגיאוגרפי.
 המשרד לא קבע
 יעדים למספר
 המיטות ל-1,000 נפש,
 לשיעור התפוסה
 ולמשך השהייה
 הממוצעת הרצויים

מתאר ארצית למוסדות בריאות - תמ"א 49 - להלן תמ"א 49³¹. לשם כך הכין מינהל התכנון והבינוי של המשרד תחזית נוספת למיטות אשפוז לשנת 2035. מינהל התכנון והבינוי צופה שתוכנית תמ"א 49 תוכן במהלך השנים 2019 - 2020.

בדיקת שתי התוכניות של המשרד, זו מ-2014 למיטות לאשפוז כללי, וזו שהוכנה לקראת הכנת תמ"א 49, העלתה כי הן אינן שלמות - שתיהן צפו את מספר המיטות שיידרשו עד לשנת 2035, אך הן לא נקבעו את מאפייני המיטות: לא נקבעו סוגי המיטות הנחוצות בהתאם למחלקות הנדרשות ולא פיזורן הגיאוגרפי. המשמעות היא שאף שלמשרד יש תחזית לגבי מספר המיטות שיידרשו, לא ניתן לקבוע מתוך כך האם יש להקים מחלקות ויחידות חדשות, ואם כן, אילו מחלקות יש להקים והיכן להקים.

עוד יצוין כי תחזית המיטות שהכין מינהל התכנון והבינוי קובעת תחזית מיטות רצויות לפי שלושה תרחישים: תרחיש נמוך - ממוצע מיטות של 1.8 ל-1,000 נפש; תרחיש ביניים - ממוצע של 2.18 מיטות ל-1,000 נפש; ותרחיש גבוה - ממוצע של 2.5 מיטות ל-1,000 נפש. לפי התרחיש הנמוך יידרשו כ-24,000 מיטות בשנת 2035 ולפי התרחיש הגבוה - כ-31,000 מיטות, פער של כ-7,000 מיטות. התרחישים אינם מתייחסים לשיעור התפוסה ולמשך השהייה הממוצעת הרצויים. המשרד לא קבע איזה מהתרחישים הוא מאמץ ויפעל לקדמו.

נוסף לתמ"א 49 החל המשרד להכין תוכנית כללית נוספת, שמבקשת לאפיין את בית החולים העתידי - "בית החולים של המחר", וזאת במסגרת היערכות לשנת 2030; על פי תוכנית זו, בית החולים העתידי יהיה קטן יותר, מורכב יותר ואקוטי במהותו, יספק טיפולים וטכנולוגיות מורכבים הדורשים מומחיות גבוהה, בעל מרכזי מצוינות ועוד.

שתי התוכניות (תמ"א 49 ו"בית חולים של המחר") אמורות לספק פתרונות לאתגרי מערכת הבריאות: הזדקנות האוכלוסייה, חוסר במיטות וצפיפות, שינויים טכנולוגיים, מחסור צפוי בכוח אדם מיומן, פערים בין פריפריה למרכז ועוד. בכוחן של תוכניות אלה להשפיע על החלטות לפתיחה של מחלקות ושל יחידות בבתי החולים, שכן מדובר בתוספת של מיטות נדרשות וכן במאפיינים של בית החולים העתידי.

31 מטרת התכנית להתוות מדיניות עדכנית למיקומים המותרים להקמת מוסדות בריאות, על מנת לתת מענה לצורכי מערכת הבריאות.

על מצוקת האשפוז בישראל ועל כך שלמשרד הבריאות אין תוכנית פיתוח סדורה - תוכנית רב-שנתית שקובעת את צורכי הפיתוח העתידיים ואת המענה שיינתן להם במהלך השנים - העיר משרד מבקר המדינה כבר בדוחות קודמים³². בביקורת זו עלה כי תמ"א 49 נמצאת בשלב של פרסום מכרז לתכנון, ואת תוכנית בית החולים העתידי המשרד טרם השלים והוא גם לא קבע מה שיעור המיטות ל-1,000 נפש שהוא מכוון אליו בהתחשב בפרמטרים נוספים. יוצא מכך שנכון למועד סיום הביקורת, באוקטובר 2018 (להלן - מועד סיום הביקורת) למשרד הבריאות אין תוכנית שקובעת את עקרונות התכנון ארוך הטווח למספר המיטות לנפש, היקף המיטות שידרש ומתוך כך המבנה העתידי של המחלקות והיחידות החדשות שידרשו וכאלה שיהיה צריך לסגור.

תוכנית המשרד לתוספת מיטות עד לשנת 2022: בשנת 2011 החל המשרד לתכנן את תוספת המיטות הנדרשת למערכת האשפוז, וסיכם עם משרד האוצר על תוספת של 960 מיטות לשנים 2011 - 2015. בשנת 2015 החל לגבש תוכנית לצרכים לשנים הבאות. לאחר דיונים מול הנהלות בתי החולים הוא גיבש תוכנית לתוספת נדרשת של כ-1,730 מיטות. בפועל סוכם עם משרד האוצר על תוספת של 1,064 מיטות לשנים 2017 - 2022 לשם פתיחת מחלקות חדשות ולעיבוי קיימות; כמו כן, באוגוסט 2016 סיכם המשרד עם משרד האוצר על תוספת של 750 מיטות גריאטריות לתקופה 2016 - 2021, כדי לצמצם את העומס במחלקות האשפוז - בעיקר במחלקות הפנימיות שבהן מאושפזים חולים קשישים רבים. יצוין כי בינואר 2017 דנה הממשלה בתוכניות לפיתוח הצפון, ובהמשך לכך הודיע מזכיר הממשלה שמשרד הבריאות ומשרד האוצר סיכמו על הקצאה של 235 מיליון ש"ח לטובת בניית ותשתיות של מחלקות כלליות, פסיכיאטריות וגריאטריות בכמה בתי חולים בצפון הארץ³³.

עולה שהמשרד תכנן להקצות 1,730 מיטות אך לא תכנן כיצד לחלקן בין המחלקות שלמענן הן הוקצו, למעט לגבי כ-820 מיטות שיועדו להקצאה בשנים 2017 - 2018. רק לאחר שמשרד האוצר אישר ב-2017 את 1,064 המיטות (מתוך אלה שהמשרד ביקש), הקצה אותן המשרד לבתי החולים על פי המחלקות.

32 ראו גם בדוחות מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355; מבקר המדינה, **דוח שנתי 61ב** (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כללים", עמ' 169; מבקר המדינה, **דוח שנתי 65ג** (2015), בפרק "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503.

33 לרבות בתחומים כגון נירולוגיה, גריאטריה, כירורגיה, אורתופדיה, ילדים, אף-אוזן-גרון, שיקום, טיפול פליאטיבי, אונקולוגיה ועוד. הודעת מזכיר הממשלה בתום ישיבת הממשלה מיום 8.1.17. בפועל, עד אוקטובר 2018 לא נוספו מיטות כאלה.

עולה מכך כי המשרד הגיש את דרישתו לתוספת המיטות, בלי שהיא התבססה על תוכנית רב-שנתית כוללת, המפרטת את תוספת המיטות הנדרשת על פי המחלקות השונות; בפועל הוא הסתפק בתכנון מלא לטווח השנתיים הקרובות בלבד. עוד עולה כי התוכנית לא התבססה על יעד למספר המיטות ל-1,000 נפש, על חלוקה על פי אזורים גיאוגרפיים, על שיעור התפוסה הרצוי בבתי החולים ועל זמן השהייה הממוצע בהם. לפיכך, זהו תכנון בלתי יעיל החסר ראייה מערכתית כוללת.

בתשובת המשרד מינואר 2019 (להלן - תשובת המשרד) נמסר כי הוא הגיע לסיכום רב-שנתי עם משרד האוצר בנוגע לתוספת מיטות גדולה למערך האשפוז עד לשנת 2022, נוסף לפתיחת בית החולים באשדוד. לדבריו, ההקצאה של המיטות לתקופת ההסכם היא על פי בתי חולים ועל פי מחלקות. לאחר שיסתיים ההסכם ועקב הזדקנות האוכלוסייה, יהיה צורך בתוספת רחבת היקף נוספת של מיטות אשפוז; אשר לתחזית שהכין ב-2014 בנוגע לצורך במיטות אשפוז עד 2035 - ציין המשרד כי בימים אלה הוא מעדכן את התוכנית, בעקבות ההתפתחויות שחלו מאז.

נוכח הסיכום עד לשנת 2022 בין משרד הבריאות למשרד האוצר, עולה חובה חיונית והכרחית שהמשרד ימפה את הצרכים שתוספת מיטות זו לא תיתן להם מענה, יקבע מקורות נוספים להשלמת המיטות החסרות או לחלופין ימצא פתרון אחר לחסרונן. במקביל לטווח הבינוני, על המשרד להיערך גם לקראת הטווח הארוך, כפי שהגדירו, עד ל-2035. עליו לקבוע את תוספת המיטות שיידרשו בטווח זמן זה על בסיס כל השיקולים הרלוונטיים, כמו שיעור המיטות ל-1,000 נפש בהתאם למאפייני האוכלוסייה בכל אזור גיאוגרפי, שיעור התפוסה הרצוי בבתי החולים וזמן השהייה הממוצע בהם, ובהתחשב בתחזית להתפתחויות הצפויות מבחינת הזדקנות האוכלוסייה, מאפייני מחלות, התפתחות טכנולוגית והשתנות מתכונת המענה הרפואי - למשל טיפול בבית ורפואה מרחוק.

תוכניות רב שנתיות כאלה יכולות לשמש בסיס לקביעת מסגרת התקציב שתידרש לתוכניות פיתוח משרדיות ולתכנון של כוח אדם מקצועי והכשרתו; הן גם יכולות לצמצם את אי הוודאות שבה פועלים בתי החולים, שכן שקיפות של התוכניות יכולה לסייע גם להם להיערך בהתאם, ולהגיע לסיכומים ברורים יותר עם המשרד.

צורך בכוח אדם רפואי וסיעודי: לשם גיבוש תוכנית רב-שנתית לפיתוח מערכת הבריאות ובכלל זה הוספת בתי חולים, הוספת מחלקות או יחידות ואף המרת מיטות, נדרש גם לגבש תוכנית שתגדיר את צורכי כוח האדם הרפואי והסיעודי ואת המגמות הצפויות בתום זה.

בביקורת שעסקה בנושא הכשרת רופאים, שעשה משרד מבקר המדינה במהלך 2017 ושמצאיה פורסמו במאי 2018, עלה כי למשרד הבריאות אין תוכנית רב-שנתית שקובעת מה יהיו הצרכים העתידיים בכל תחום התמחות, וכמה מקומות

התמחות הוא מתעתד להוסיף בכל תחום ובכל בית חולים. דבר זה מביא בין השאר לפגיעה ביכולת להכין תוכניות ארוכות טווח לפיתוח של בתי החולים ולקושי לתכנן את התקציב בראייה ארוכת טווח. משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שבתפקידו כרגולטור הוא נדרש להתוות תוכניות אסטרטגיות ארוכות טווח לסיפוק צורכי הבריאות של האוכלוסייה³⁴.

בתשובתו לביקורת הנוכחית ציין המשרד כי אשר לאחיות יש לו תוכנית רב-שנתית שבה נקבע יעד למספר הלומדים סיעוד - עד 2021 - 4,200 לומדים חדשים. נוסף לכך נקבע כיעד ש-60% מהאחיות המוסמכות יהיו בעלות הכשרה על-בסיסית וכי 6% מהאחיות המוסמכות יהיו מומחיות קליניות הנותנות מענה במחלקות מסוימות שאותן הוא פירט. הוא גם הוסיף ש"קיים תהליך של חיזוי כמות האחיות בכל הכשרה בסיסית הנדרשת עבור כל תחום על פי הצרכים של כל מקום ועל פי התחזיות הדמוגרפיות". אשר לרופאים ציין המשרד כי ביחד עם המועצה להשכלה גבוהה הוא פעל להגדלה משמעותית של מספר הסטודנטים לרפואה בישראל כדי לעמוד ביעד של 3 - 3.2 רופאים ל-1,000 נפש, וכי מינה צוות לשינוי מסלולי ההתמחות שנתבקש להגיש חלופות שיאפשרו להגדיל את מספר הלומדים בארץ.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי היעדים הכמותיים שהוא קבע בנוגע לכוח אדם סיעודי ורפואי הם חשובים כשלעצמם, אולם אין הם נותנים מענה לצורך בתוכנית רב-שנתית של תכנון כוח האדם על פי סוגי ההתמחות, הפיזור הגיאוגרפי והמקומות להתמחות שהוא מתעתד להוסיף בכל תחום ובכל בית חולים. על המשרד להשלים את התוכנית האסטרטגית שלו לתוספת המיטות גם בנוגע למרכיב כוח האדם הרפואי והסיעודי הנדרש.

המשרד לא נערך לצורך לפתוח מחלקות חדשות ולעבות מחלקות קיימות לקראת הזדקנות האוכלוסייה: בשנת 2014 היה מספר הקשישים בני 65 ומעלה³⁵ בישראל כ-915,000 - כ-11% מכלל האוכלוסייה. מתוך קבוצת בני ה-65 ומעלה, שיעורה של קבוצת הגיל בני ה-75 ומעלה באוכלוסיית הקשישים, שהיא צרכנית השירותים הגדולה, היה בשנת 2012 4%. לפי התחזית של משרד הבריאות אוכלוסיית הקשישים בני 75 ומעלה תכפיל את עצמה מ-410 אלף ב-2015 ל-811 אלף ב-2039³⁶.

ביוני 2015 החליטה הממשלה לאמץ את הערכת המצב האסטרטגית הכלכלית-חברתית שהכין לה ראש המועצה הלאומית לכלכלה דאז במשרד ראש הממשלה, פרופ' יוג'ין קנדל, כדי להיערך להשלכות החברתיות והכלכליות המשמעותיות

34 **מבקר המדינה, דוח שנתי 168** (2018), בפרק "הסדרת ההכשרה של רופאים בין גופי הבריאות ובין האקדמיה", עמ' 465.

35 הלמ"ס ומוסדות המדינה מגדירים קשישים כבני 65 ומעלה. עם זאת בעיות הקשישים שהוזכרו בהמשך מאפיינות בעיקר בני 75 ומעלה.

36 **תחזית צורך במיטות לאשפוז כללי לשנים 2020, 2025, 2030 ו-2035**, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי משרד הבריאות, מאי 2017, עמ' 16.


 על המשרד להכין
 תוכנית שלמה
 ופרטנית שתיתן מענה
 לצורכי האוכלוסייה
 המזדקנת מבחינת
 מחלקות, יחידות
 ותוספת מיטות
 ייעודיות באזורים
 השונים בארץ

הנובעות מתהליך הזדקנות האוכלוסייה³⁷. על פי הערכת המצב שהוכנה, הזדקנות האוכלוסייה צפויה להביא לגידול בביקוש לשירותים ציבוריים, במיוחד במערכות הבריאות והסיעוד. בשל כך נדרשים תהליכי תכנון והיערכות מקדימה של המערכות הללו, בעיקר בתחומים כגון הכשרת כוח אדם והשקעה בתשתיות. בהערכת המצב צוין כי כדי לתת מענה לאתגרים ו"על מנת לקדם מדיניות זו כבר היום נדרשים התגייסות רחבה ושיתוף פעולה כלל-ממשלתי ואף בין-מגזרי". מדובר במשימות רוחביות ומורכבות לרוב, שמשרד ממשלתי בודד יתקשה להובילן. בהחלטת הממשלה נאמר כי מנכ"ל משרד הבריאות החל בגיבוש עבודת מטה בשיתוף עם גורמי הממשלה הנוגעים בדבר, שתושלם עד לחדש ינואר 2016.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי הוא לא מילא אחר ההנחיה שנקבעה בהחלטת הממשלה בנוגע להערכת המצב האסטרטגית הכלכלית-חברתית, שלפיה היה עליו להשלים תוכנית אב להזדקנות האוכלוסייה עד ינואר 2016.

בתשובתו ציין המשרד כי לצד הוספת מיטות למערכת הבריאות, הוא החל לבסס תפיסה מקצועית, שתיתן מענה חלופי לצורך באשפוז: מתן טיפול ומענה רפואי לחלק מהמטופלים במסגרת הביתית והמוסדית; והרחבת הטיפול במסגרת הקהילתית (קופות החולים) ובכלל זה גם הנהגת הרפורמה בסיעוד. פעולות אלה אמורות לצמצם את הצורך באשפוז במחלקות בתי החולים. המשרד ציין גם שיעמיק בעבודת המטה בתחום הזדקנות האוכלוסייה כחלק מהתוכנית האסטרטגית לשנים הבאות, כדי לסמן את המשך הפעילות הנדרשת ואת הנושאים שיש לקדם בתחום זה.

על משרד הבריאות להכין תוכנית סדורה כוללת שתקבע את צורכי הפיתוח העתידיים ואת המענה שיינתן להם במהלך השנים, תוכנית שלמה ופרטנית שתיתן מענה לצורכי האוכלוסייה המזדקנת מבחינת מחלקות, יחידות ותוספת מיטות ייעודיות, ותספק פתרון לתחום הסיעודי-שיקומי, שצריך לפתח באזורים הגיאוגרפיים השונים בארץ.



העובדה שאין למשרד תוכנית ארוכת טווח המגדירה את צורכי האשפוז העתידיים שיידרשו והמענה המתאים לכך אינה עולה בקנה אחד עם המחויבות שלו כמאסדר בתחום הבריאות. אין להסתפק בתכנון לטווח הקצר ולטווח הבינוני בלבד. המשרד אמון על בריאות הציבור כולו ומחויב לפעול בראייה ארוכת טווח, על מנת שיוכל לתת מענה הולם לצרכים המתפתחים והמשתנים של האוכלוסייה. בהתחשב בתמורות הצפויות הנוגעות למאפייני האוכלוסייה - הארכת תוחלת החיים, התרחבות ההיקף של התחלואה הכרונית, ההתפתחות הטכנולוגית של הציוד והתייקרות התרופות - הרי שהכנת תוכנית כזו היא צורך חיוני מהמעלה הראשונה, ולא ניתן לקבל את חסרונה המתמשך. נזק רב עלול להיגרם בשל כך: ההחלטות עלולות להתקבל בלא בסיס מנומק וללא בחינת יעילות ואף לגרום לבזבוז, ועלול אף להיפתח פתח להפעלת לחצים מצד בתי החולים מגישי הבקשות, דבר שיוביל לקבלת החלטות לא ענייניות וקצרות רואי שאינן מביאות בחשבון את מכלול השיקולים בהיקף הארצי ולטווח הארוך.

על משרד הבריאות לקיים עבודת מטה שתביא לגיבוש תוכנית רב-שנתית לפתיחת מחלקות ויחידות או להרחבת מחלקות ויחידות קיימות. עבודת המטה צריכה לכלול מיפוי של המצב הקיים והצבת יעדים עתידיים. על המשרד לגבש את התוכנית על בסיס התחזיות לשינויים הדמוגרפיים ולשינויים הטכנולוגיים הצפויים, על בסיס ההסכמות שכבר הגיע אליהן עם משרד האוצר ועל בסיס החלטות מוקדמות של הממשלה. עליו גם לקבוע מה יהיה היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי הנדרש להפעלת המחלקות והיחידות החדשות, באילו תחומי התמחות, כמה מקומות להתמחות יידרשו ובאילו בתי חולים. בהתאם לכך עליו גם לקבוע תוכנית מתועדת ומדורגת לבינוי והצטיידות, תוך בחינת כלל מקורות תקציבי הפיתוח, הצרכים העתידיים הצפויים וההתפתחויות הטכנולוגיות.



כתנאי מקדים לגיבוש התוכנית נדרש המשרד לקבוע יעדי מטרה אזוריים למספר המיטות ל-1,000 נפש, לשיעור התפוסה הממוצע ולתקופת השהייה הממוצעת שיאפשרו מתן טיפול רפואי נאות, כאמור בחוק זכויות החולה. על משרד האוצר להירתם לגיבוש התוכנית הרב-שנתית

כתנאי מקדים לגיבוש תחזית לפתיחת מחלקות ויחידות או להגדלתן נדרש המשרד לקבוע יעדי מטרה אזוריים למספר המיטות ל-1,000 נפש³⁸, לשיעור התפוסה הממוצע³⁹ ולתקופת השהייה הממוצעת⁴⁰ כך שיתאפשר מתן טיפול רפואי נאות, כאמור בחוק זכויות החולה⁴¹. על משרד האוצר להירתם לגיבוש התוכנית הרב-שנתית.

במחצית ינואר 2019 פנה סגן שר הבריאות ח"כ יעקב ליצמן אל ראש הממשלה ושר הבריאות מר בנימין נתניהו בתגובה לבקשתו של זה להכין מנגנון עדכון קבוע של סל שירותי הבריאות⁴². המסמך כולל גם בקשה למנגנון עדכון תשתיות האשפוז ולפיו מוצע לקבוע כי שיעור מיטות האשפוז ביחס לאוכלוסייה המתקוננת לא יפחת מ-1.75 מיטות ל-1,000 נפש, ויוקצו לכך המשאבים הנדרשים לבינוי.

- 38 לפי פרסום משרד הבריאות ביולי 2018, **מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD**, שיעור המיטות לאשפוז קורטיבי (לריפוי) לאלף נפש בשנת 2016 היה בישראל 2.3 (מיטות לאשפוז קורטיבי כוללות מיטות לאשפוז כללי, לטיפול פסיכיאטרי ולאשפוז גריאטרי); ממוצע ה-OECD היה 3.6.
- 39 בעת הביקורת היו בתי החולים הכלליים בישראל בשיעור תפוסה ממוצעת של כ-93%. (ראו מבקר המדינה **דוח שנתי 2011**) (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיית בבתי חולים כלליים", עמ' 169). לדעת מומחים השיעור הנכון הוא 85% (שיעור התפוסה הממוצע בקרב מדינות ה-OECD עמד בשנת 2016 על 75.5%).
- 40 לפי פרסום משרד הבריאות ביולי 2018, **מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD**, מספר ימי השהייה הממוצעת באשפוז כללי ב-2016 בישראל היה 5.2 ימים; ממוצע ה-OECD היה 6.4 ימים.
- 41 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. סעיף 5 קובע כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועי והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש".
- 42 סל שירותי הבריאות מקיף את מכלול השירותים, התרופות, הציוד והמכשירים הרפואיים הניתנים לתושבי ישראל על ידי קופות החולים, במימון המדינה.

התהליך לאישור פתיחת מחלקות ויחידות בבתי החולים

פקודת בריאות העם ותקנות רישום בתי החולים: כאמור, פקודת בריאות העם ותקנות רישום בתי חולים מסדירות את התהליך למתן אישור רישום לבית חולים ומטילות את האחריות לכך על מנכ"ל משרד הבריאות. על פי תקנות רישום בתי החולים, אישור הקמה (הקמת בית חולים חדש, או: הרחבה, הוספת מיטות, חדרי ניתוח, יחידה מקצועית וכדומה בבית חולים קיים, וכן שינוי ייעוד של מיטות או יחידה מקצועית) יינתן בהתחשב בשיקולים רפואיים, בכך שההקמה וההפעלה השוטפת של בית החולים לא יטילו מעמסה על ההוצאה הציבורית לבריאות וכי תוספת המיטות לא תגרום לחריגה משיעור המיטות לנפש על פי ייעודן ועל פי צורכי האוכלוסייה באותו אזור. אשר ליחידה מקצועית העוסקת בענף רפואה ייחודי - נקבע בפקודה כי התנאי להוספתה הוא שלא תיגרם חריגה מהמספר המרבי שנקבע בנוגע ליחידות כאלה או משיעור היחידות לנפש באותו הענף.

התוספת החמישית לפקודת בריאות העם קובעת את מספר המחלקות המרבי בכמה ענפי רפואה ייחודיים. כך למשל נקבע לגבי השתלות כי בסך הכול יהיו 7 יחידות להשתלת כליה בכל הארץ, מתוכן 6 בבתי חולים ציבוריים כלליים; לגבי כירורגייה: חזה ולב - 16 יחידות, מתוכן עד 11 יחידות בבתי חולים ציבוריים כלליים, פה ולסת - יחידה אחת למיליון נפש; לגבי כוויות וטיפול נמרץ בכוויות - 6 יחידות, לפחות אחת בכל אזור (אזור הצפון, אזור המרכז, אזור ירושלים, ואזור הדרום); נויורוכירורגייה - 9 יחידות, מתוכן עד 7 יחידות בבתי חולים ציבוריים כלליים ולפחות יחידה אחת בכל אזור. מטרת ההגבלה היא בין היתר שליטה בהוצאה הציבורית הכוללת לבריאות, ויחד עם זאת הבטחת נגישות נאותה לקבלת טיפול רפואי איכותי לכל תושבי הארץ, במרכז ובפרפריה כאחד.

הגורמים במשרד הבריאות הדנים בבקשות לבינוי ולהקמה של יחידות ומחלקות ולשינוי ארגון המיטות: העיסוק בבקשות של מרכזים רפואיים לבינוי ולהקמה של יחידות ומחלקות חדשות וכן לשינוי בארגון המיטות בבתי החולים נעשה במשרד על ידי כמה גורמים: בחטיבת טכנולוגיות רפואיות, בחטיבת בתי החולים הממשלתיים, ובועדת פרויקטים, בתלות בגורם המבקש, על פי הפירוט הבא:

תהליך אישור הבקשות של כלל המרכזים הרפואיים - לבינוי, לפתיחת מחלקות ויחידות, לתוספת או המרת מיטות ולשינויים ברישיון: כל שינוי במספר המיטות, היחידות או המחלקות ביחס לזה הרשום ברישיון, מצריך אישור של החטיבה לטכנולוגיות רפואיות. מדובר בבקשות שמעלים כל המרכזים הרפואיים - הממשלתיים, הציבוריים, של שירותי בריאות כללית והפרטיים. הבסיס לקבלת החלטות המשרד לשינוי הנדרש הוא הקבוע ברישיון בית החולים ונתוני התפוסות במחלקות השונות בבית החולים. הבקשות נדונות בשני פורומים נפרדים, לפי מהות הבקשה:

"פורום יחידות": פורום יחידות נוסד ביוזמת חטיבת הטכנולוגיות הרפואיות במשרד. בראשו עומדת ראשת החטיבה לטכנולוגיות רפואיות, וחברים בו כל הגורמים הרלוונטיים לקבלת ההחלטה בנוגע לבקשות של כל בתי החולים, בנוגע לפתיחת מחלקות, יחידות, תוספת מיטות או המרתן; החברים הם נציגי החטיבה לטכנולוגיות רפואיות (ובהם הממונה על רישוי בתי החולים), חטיבת הרפואה, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, האגף לתכנון תקצוב ותמחור, אגף המידע, סמנכ"ל תכנון ובינוי, ונציגי אגף משאבי אנוש. נוסף לכך משתתף בפורום גם נציג של נציבות שירות המדינה⁴³. הפורום מתכנס פעמים מספר בשנה בהתאם לבקשות המוגשות.

"ועדת פרויקטים": ועדת פרויקטים עוסקת בבקשות של מוסדות רפואיים לבינוי של מחלקות או יחידות. הוועדה דנה בעיקר בסוגיות בנוגע לבינוי, תכנון ובנייה ובהתאמת המבנים המבוקשים לייעודם. מנכ"ל המשרד ממנה את יו"ר הוועדה - ראש מינהל התכנון והבינוי ואת חבריה - חברים בוועדה נציג מהייעוץ המשפטי, ראש האגף לגריאטריה, מנהל האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, ראש מינהל רפואה, סמנכ"ל לתכנון, תקצוב ותמחור וכן נציג ממשרד האוצר. הוועדה מתכנסת כמה פעמים בשנה בהתאם לבקשות שקיבלה.

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים (להלן - חטיבת בתיה"ח הממשלתיים, או החטיבה) הוקמה בהחלטת ממשלה מאוגוסט 2015⁴⁴ ונקבע שהיא תהיה אחראית רק לכלל המרכזים הרפואיים הממשלתיים (ולא על האחרים - הציבוריים, של שירותי בריאות כללית והפרטיים). חוזר החטיבה בנושא טיפול בבקשות המחייבות אישור הקמה או שינוי בתעודת רישומו של מרכז רפואי⁴⁵ (להלן - החוזר) מפרט באופן מדוקדק את השיקולים שיש להביא בחשבון בעת אישור בקשות של המרכזים הרפואיים לבינוי, להקמה או לשינויים אחרים המצריכים אישור הקמה או שינוי ברישיון. כך למשל, נקבע בחוזר כי הבקשה תיבחן "בהתייחס להיבטים מקצועיים שונים" ובהם התועלת לבריאות הציבור כתוצאה מהוספת התשתיות או השירותים הרפואיים המבוקשים, והתועלת תיבחן ביחס לפרמטרים אלה: מדדי תפוסה וניצולת של התשתיות והשירותים הרפואיים הקיימים, צורך רפואי מובהק בתשתיות ובשירותים המבוקשים, צורך בתשתית או בשירות המבוקש בראייה אזורית; הלימה לתוכנית המיטות הלאומית או לתוכניות לאומיות אחרות; הלימה לתוכנית העבודה, לתוכנית התקציבית ולתוכניות האב לפיתוח של המרכז הרפואי; מידת מימוש בקשות פתיחה קודמות שאושרו בעבר. אם החטיבה ממליצה לאשר את הבקשה, היא מעבירה את המלצתה לאישור סמנכ"ל וראש החטיבה לטכנולוגיות רפואיות; אם החטיבה מחליטה לדחות את הבקשה, היא מודיעה על כך למרכז הרפואי שהגיש את הבקשה, בצירוף הנימוקים להחלטה.

43 לעניין בתי חולים ממשלתיים בלבד.

44 החלטת ממשלה מס' 337 "חיוק הרפואה הציבורית ואסדרת תחום ביטוחי הבריאות והתכניות לשירותי בריאות נוספים - אישור החלטת ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה" מיום 5.8.2015.

45 חוזר מספר 4/2017, "הגשה וטיפול בבקשות המחייבות אישור הקמה או שינוי בתעודת רישומו של המרכז הרפואי" (יולי 2017).

בתקנות רישום בתי החולים אומנם נקבעו אמות מידה לאישור תוספת מחלקה או יחידה, וביוזמת המשרד אף גובש תהליך לעבודת "פורום יחידות" ועבודת "ועדת פרויקטים", אולם אין נוהל עבודה המפרט את תהליך העבודה. מהפרוטוקולים של דיוני הפורום והוועדה לא ניתן ללמוד על השיקולים להחלטה

למשרד אין נוהל לעבודת פורום יחידות ולעבודת ועדת הפרויקטים:

בתקנות רישום בתי החולים נקבעו אומנם אמות מידה למתן אישור לתוספת מחלקה או יחידה, וביוזמה של המשרד אף גובש תהליך לעבודת "פורום יחידות" ועבודת "ועדת פרויקטים", אולם עלה שהתהליכים הנהוגים הם לפי "תורה שבעל פה" והם לא הוסדרו בנוהל עבודה המפרט את תהליך העבודה לשלביו ולא את אמות המידה שלפיהן יש לבחון את הבקשות המוגשות.

מהפרוטוקולים של דיוני פורום יחידות וועדת הפרויקטים לא ניתן ללמוד על השיקולים להחלטה:

עקרון השקיפות מחייב כתיבת פרוטוקול, אשר ישקף את עיקרי הדברים הנאמרים בדיונים⁴⁶. עיון בפרוטוקולים של פורום היחידות ושל ועדת הפרויקטים העלה שברוב המקרים הפרוטוקולים מנוסחים בתמציתיות רבה, ואין בהם פירוט של השיקולים שהביאו לאישור הבקשה או לדחייתה.

לדוגמה - בקשה להגדלת מספר חדרי הניתוח:

בדיון של ועדת הפרויקטים מיום 13.3.16 נדונה בקשת מרכז רפואי מסוים להגדיל את מספר חדרי הניתוח שבו; בפרוטוקול הוועדה צוין "בשלב זה אין הוועדה ממליצה על הגדלת מספר חדרי הניתוח". הנושא עלה גם בדיוני הוועדה ב-22.5.16. או אז היא המליצה לקבל באופן עקרוני את הבקשה ובשלב ראשון לאשר רק את חלקה, בין היתר, מהנימוק ש"אין הגבלה חוקית על מספר חדרי הניתוח בבתי החולים הציבוריים, אך פתיחת כל [מספר חדרי הניתוח המבוקשים] תיצור יתרון ניכר בבית חולים הזה על פני בית חולים [ציבורי מסוים אחר]". הוועדה לא הבהירה על בסיס אילו נתונים היא קיבלה את החלטתה, לאיזה יתרון התכוונה ומה הנזק שייגרם אם תאשר את הבקשה או תדחה אותה.

משרד מבקר המדינה מעיר לפורום יחידות ולוועדת פרויקטים כי כעולה מהפרוטוקולים של דיוניהם, הם לא הקפידו תמיד לקבל את החלטותיהם על בסיס איתן ומנומק, לכן לא ניתן להבטיח שההחלטות שקיבלו הן המיטביות מבחינת האינטרס הציבורי לחיסכון וליעילות, ושניתן מענה אופטימלי לצורכי הציבור. כך גם לא ניתן ללמוד האם ההחלטות התקבלו בהתחשב באמות המידה שנקבעו בתקנות רישום בתי חולים ובחוזר חטיבת מרכזים רפואיים ממשלתיים, ומה הן ההשלכות הכוללות של החלטות.

46 עקרון השקיפות מעוגן ומפורט גם בפסק הדין של בג"ץ, המתייחס לחשיבותו ולאופן שבו יש לכתוב אותו "להבטחת תקינות פעילותו של המינהל הציבורי. העיקרון הוא עקרון השקיפות". בג"ץ גם קבע כי הפרוטוקול חייב לשקף את אשר התרחש בדיון, בין אם באופן מלא ובין אם באופן מתומצת. בג"ץ 3751/03 יוסי אילן נ' עיריית תל אביב יפו ואח', פ"ד נט(3) 817,834.

על המשרד לגבש נוהל אופרטיבי ובו יפורטו תהליכי העבודה של "פורום יחידות" ושל "ועדת הפרויקטים", ולעגן בו את אמות המידה שעל פיהן יש לשקול את הבקשות לאישור פתיחה של מחלקות ויחידות בכלל בתי החולים במערכת הבריאות הציבורית. יש לכלול בנוהל גם הנחיה לתייעוד של עיקרי הדברים הנאמרים בדיונים ואת הנימוקים להחלטות. הדבר יאפשר למשרד לקבל החלטות מושכלות, שקופות וניתנות להערכה ולבקרה וכן יסייע לשמור על אינטרס הציבור ועל המינהל התקין.

בפגישה שקיים צוות הביקורת עם הנהלת המשרד בינואר 2019, מסר המשרד כי הוא מקבל את הערת משרד מבקר המדינה בנוגע לצורך לבחון כראוי את הבקשות שמגישים בתי החולים, לנמק את ההחלטות ולתעד אותן כראוי, וכי הוא גיבש טיוטת נוהל בנושא. בתשובתו הוא פירט כי טיוטה זו - "פעילות פורום יחידות (בתי חולים ממשלתיים ולא ממשלתיים)" (להלן - נוהל פעילות פורום יחידות) הופצה כבר לקבלת הערות לגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות.

ליקויים בתהליכי קבלת ההחלטות של המשרד בנוגע לפתיחת מחלקות או יחידות בבתי החולים הכלליים

על פי הפקודה והתקנות מתן אישור להקמה של בית חולים ולהקמה של מרפאה דורש מהמשרד ובראשו מנכ"ל המשרד להחליט החלטות תוך ראייה מערכתית וכוללת, ולהביא בחשבון את משמעות האישור ברמה הלאומית - כיצד ההחלטה תשפיע על כלל הציבור ועל ההוצאה הציבורית לבריאות.

כאמור, המשרד גיבש תוכנית לתוספת מיטות למחלקות בבתי החולים לשנים 2017 - 2022 וסיכם עם האוצר על הקצאתן. ואולם, פרט ליחידות MRI ויחידות לטיפול בשבץ מוחי שהמשרד יזם את פתיחתן והקצה לשם כך משאבים, החל משנת 2011 כל המחלקות והיחידות שנפתחו או הוגדלו היו פרי יוזמתם של בתי החולים. עלה, כי החלטות המשרד על הקמת מחלקות ויחידות היו תגובתיות בלבד, וניכר במסמכים שתועדו כי ההחלטות לא נעשו בראייה מערכתית וכוללת, אלא מתוך ראייה מצומצמת ונקודתית. החלטות מסוג זה גורמות לחוסר יעילות בניצול המשאבים: כפל של יחידות, יחידות שאין בהן צורך, ונדידת כוח אדם, לעיתים רפואי ייחודי, שנמצא במחסור במערכת הבריאות. להלן פירוט הממצאים ודוגמאות:

1. על פי חוזר המשרד מנובמבר 2012 בנושא "היחידות לבטיחות הטיפול בבתי החולים"⁴⁷, בכל בית חולים אמורה לפעול יחידה לבטיחות הטיפול בבתי החולים. על אף החשיבות של יחידות כאלה, בבדיקה עלה כי במרכזים הרפואיים הממשלתיים בני ציון, זיו, ברזילי והגליל נהרייה⁴⁸; ובבתי החולים הציבוריים מעייני הישועה ולניאדו - לא מופיעה בתעודת הרישום (ברישיון) יחידה כזו.
2. חוזר המשרד ממרץ 2012 בנושא "בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה"⁴⁹, קובע כי בבית חולים שבו 400 מיטות ומעלה, יש להקים יחידה למניעת זיהומים. על חשיבות יחידה כזו תעיד ההערכה כי ניתן למנוע כ-1,000 - 4,000 פטירות (מבין כ-4,000 - 6,000) הנגרמות מזיהומים נרכשים בבתי חולים⁵⁰. למרות זאת, בבדיקה עלה כי בבתי החולים שערי צדק, וולפסון, העמק, כרמל וקפלן, לא מופיעה בתעודת הרישום (ברישיון) יחידה כזו.
3. חוזר המשרד מיוני 2012 בנושא מרכזי כוויות ארציים בישראל⁵¹ קבע כי בשנת 2012 היו אמורים לקום שני מרכזי כוויות: מרכז כוויות למבוגרים במרכז הרפואי שיבא ומרכז כוויות לילדים במרכז הרפואי שניידר (או בבית חולים אחר). בשנת 2013 היה אמור להיפתח מרכז כוויות נוסף במרכז הרפואי רמב"ם, ובשנים 2013 - 2014 היה אמור להיפתח מרכז כוויות נוסף במרכז הרפואי סורוקה. נכון למועד סיום הביקורת, פועל רק מרכז כוויות אחד במדינת ישראל - במרכז הרפואי שיבא, והמשרד לא יישם את קביעתו שבחוזר להוספת מרכזי כוויות.

בביקורת עלה כי בכל המקרים המפורטים בדוגמאות שלעיל המשרד לא עמד על הפעלת היחידות כנדרש בנהליו.

- 47 היחידה לבטיחות הטיפול בבית החולים - מבנה ותפקידים, חוזר מספר 35/2012.
- 48 בתשובתו מ-16.12.2018 כתב המרכז הרפואי כי בשלב זה מופעלת יחידה לניהול סיכונים ללא מנהל רפואי אלא על ידי אחות אחראית, והאחריות הרפואית היא בכפיפות למנהל המרכז הרפואי.
- 49 חוזר מספר 9/2012.
- 50 מבקר המדינה, **דוח שנתי 63 (2013)**, בפרק "ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה", עמ' 147.
- 51 חוזר מספר 18/2012.



עולה חשש שהמשרד
אינו רואה בראייה
כוללת את צורכי
הבריאות של הציבור
מבחינת תכנון
פתיחתן של מחלקות
ויחידות. הוא גם אינו
מקדם את ביצוע
ההחלטות שהחליט
הוא עצמו על פתיחת
יחידות חדשות

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי התנהלותו מצביעה על כך שהוא אינו משמש, הלכה למעשה, הגולטור המעצב את פני מערך השירות הרפואי שבבתי החולים בארץ; עולה חשש שהוא לא רואה בראייה כוללת את צורכי הבריאות של הציבור מבחינת תכנון פתיחתן של מחלקות ויחידות ואינו יוזם מתן מענה מתאים לשם כך; התנהלותו מאופיינת בפאסיביות: הוא מגיב לדרישות הנקודתיות העולות מהשטח אך אינו יוזם דיונים אסטרטגיים בעניין זה, כנגזר מתוכניות ארוכות טווח - שכאמור אינן קיימות בידו - וכמענה ל"עמודי אש" שגיבש. הוא גם אינו מקדם את ההחלטות שהחליט הוא בעצמו על פתיחה של יחידות חדשות, כמו במקרה של היחידות לטיפול בכוויות. מדובר בהחלטות שאמורות לתת מענה לצורכי בריאות הציבור, וביחידות שנוכח חשיבותן מצא הוא בעצמו לנכון לתת להן תוקף בהחלטותיו, אך הוא נמנע מלקדם את יישומן ולא אוכף על המוסדות הרפואיים למלאן.

כפילויות במתן שירותים דומים בבתי חולים סמוכים

כאמור, לפי הפקודה, אישור הקמת יחידה מקצועית חדשה בבית חולים קיים יינתן בהתחשב בשיקולים רפואיים, ובכך שההקמה וההפעלה השוטפת של בית החולים לא יטילו מעמסה על ההוצאה הציבורית לבריאות. משרד הבריאות לא הגביל בהנחיותיו את המרחק הגיאוגרפי בין מחלקות מקבילות המעניקות שירותי בריאות דומים לציבור. בפועל, מרחקם זה מזה של חלק מבתי החולים קצר יחסית והם נותנים לציבור שירותים זהים. לדוגמה:

הפרייה חוץ-גופית: שירות הניתן לקבלו לדוגמה בעיר חיפה: ברמב"ם, בכרמל, בבני ציון ובבית חולים פרטי נוסף; ובאזור המרכז: בשיבא, באיכילוב (להלן גם - סוראסקי), בבילינסון, במאיר, בוולפסון, באסף הרופא ובשני בתי חולים פרטיים נוספים.

השתלות: מחלקת השתלות קיימת באזור המרכז בבתי החולים איכילוב, שיבא ובילינסון הסמוכים זה לזה (ראו להלן).

מדובר בכפל של תשתיות ומשאבים יקרי ערך ובפיזור הידע המקצועי בין כמה בתי חולים בניגוד לתכלית הפקודה. עולה מכך צורך לאזן בין המספר הראוי של ספקי השירות לבין העלות הכרוכה בהקמת השירות ובאחזקתו. תכנון לאומי של מערכת הבריאות יביא לתקצוב נכון יותר ולייעול המערכת בכללותה.

תגובת משרד האוצר לכפל התשתיות: אגף התקציבים שבמשרד האוצר השיב בינואר 2019 לממצאי הביקורת וציין כי לדעתו ראוי להקים ועדה משותפת למשרד הבריאות ולמשרד האוצר לבחינת כפל התשתיות במערכת הבריאות, לבחינת הצעות לפתרון הבעיה ולהתמודדות עתידית עימה, על מנת למנוע את הישנותה. הוא ציין גם שפרט ל"מחיר הרפואי" של כפל התשתיות - תת-


נדרש למפות את כל
התשתיות ולבדוק
היכן יש כפל מיותר.
הדבר יאפשר
התייעלות ופיתוח
מוקדי ידע ומומחיות

התמקצעות - יש להביא בחשבון את העלויות הרבות הנובעות מכך: בינוי, רכש כפול של ציוד בשווי עשרות מיליוני ש"ח, תחרויות שכר פרועות בין בתי החולים על רופאים מומחים למקצועות אלה ועוד. עוד ציין משרד האוצר בתגובתו כי יש דוגמאות מספר אשר מבטאות ביתר שאת את העיוותים והחסרונות הרבים שנוצרים כתוצאה מכפל התשתיות. הדוגמה הבולטת שבהן היא אישור פתיחת מכון הרדיותרפיה בבית החולים שערי צדק (ראו להלן). כפל תשתיות מסוג זה פוגע באופן קשה במערכת הבריאות.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות שלא תיקן את הליקויים בתחום כפל התשתיות בבתי חולים סמוכים אף שחלפו כחמש שנים מאז שמבקר המדינה העיר על כך⁵². בחלק מהמקרים מדובר אומנם במחלקות יחידות שהוקמו עוד לפני יותר מעשור, אולם המשרד לא בחן את הצורך העקרוני בהמשך קיומן, ולא בחן את האפשרות להתייעלותן.

המשרד השיב בינואר 2019 כי מדיניותו היא לשים את הדגש בשיקולי נגישות וזמינות לשירותים רפואיים ובתועלת לבריאות הציבור, תוך שקלול ההיבטים הכלכליים, היבטי ישימות ועוד.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי נוכח העובדה שמדובר במערכת עם משאבים מוגבלים, עליו לשקלל כפי שציין בתשובתו את כל המרכיבים ששפיעו על ההחלטה - שיקולי נגישות ושיקולים כלכליים ואחרים (כמו לדוגמה האפשרות לפתח מוקדי ידע ומומחיות, שכן נפח פעילות גבוה מאפשר לצבור יותר ניסיון וכך לשפר את איכות הטיפול הרפואי לחולים), על בסיס כל זאת להחליט החלטות ולהעניק לכך ביטוי בתיעוד, דבר שלא עשה.

על משרד הבריאות למפות את כל התשתיות ולבדוק היכן קיים כפל מיותר, ובמקרים כאלה עליו לגבש תוכנית להתייעלות מתוך מגמה לפתח מוקדי ידע ומומחיות בבתי החולים השונים, כך שתובטח יעילות העבודה של כלל היחידות הרפואיות.

אישור הקמת מחלקה לנוירוכירורגיה בשערי צדק

כאמור, לפי התוספת החמישית לפקודה המספר המרבי של מחלקות נוירוכירורגיה בארץ יעמוד על תשע, מתוכן עד שבע מחלקות בבתי חולים ציבוריים כלליים ולפחות יחידה אחת בכל אזור, כמוגדר בתוספת זו. בעת הביקורת, במקום שבע מחלקות, פעלו תשע מחלקות נוירוכירורגיות בבתי החולים הציבוריים הכלליים - ברמב"ם, ברבין, באיכילוב, בשיבא, באסף

52 מבקר המדינה, **דוח שנתי 165** (2015), בנושא "סוגיות בתקציב מערכת הבריאות", עמ' 555; מבקר המדינה, **דוח שנתי 163** (2013), בנושא "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 767.

הרופא, בהדסה עין כרם, בסורוקה, במרכז הרפואי לגליל בנהריה ובשערי צדק בירושלים.

שיקולים שיש להביא בחשבון בעת ההחלטה על פתיחת מחלקות: תקנות רישום בתי החולים קובעות כאמור אמות מידה שיש להביא בחשבון בעת מתן אישור להקמת מחלקה או יחידה ולהוספת מיטות, ובהתאם להן גם בחוזר נקבעו אמות מידה דומות; אלה באו לידי ביטוי גם בטיטת הנוהל לפעילות פורום יחידות. אחת מאמות המידה היא כי יש לבחון את התועלת לבריאות הציבור מהוספת המיטות או השירותים הרפואיים, ועל התועלת להיבחן ביחס לכמה פרמטרים, ובהם מדדי תפוסה וניצולת של התשתיות והשירותים הרפואיים הקיימים; צורך רפואי מובהק בתשתיות ובשירותים המבוקשים; צורך בתשתית או בשירות המבוקש בראייה אזורית; הלימה לתוכנית המיטות הלאומית או לתוכניות לאומיות אחרות; הלימה לתוכנית העבודה, לתוכנית התקציבית ולתוכניות האב לפיתוח של המרכז הרפואי; הוצאות ההפעלה השוטפות והשלכתן על כלל ההוצאה הציבורית לבריאות.

החלטת פורום יחידות לאשר פתיחת מחלקה (יחידה) נירוכירורגית בשערי צדק: במאי 2014 גיבש המשרד תוכנית "התערבות שבץ מוחי" שבה הוא קבע באילו בתי חולים רצוי שיהיו יחידות או מרכזי-על לטיפול בשבץ מוחי. יצוין כי על פי חוזר מינהל רפואה מ-2011, ההגדרה "מרכז-על לטיפול בשבץ מוחי" משמעה הוא צורך במחלקה נירוכירורגית⁵³. על פי תוכנית המשרד הוגדר שערי צדק כבית חולים שרצוי שיהיה בו "מרכז-על" כאמור.

באוגוסט 2015 פנה המרכז הרפואי שערי צדק למשרד בבקשה לאשר לו לפתוח מחלקה נירוכירורגית. בראש הנימוקים לבקשה צוין מנכ"ל שערי צדק כי בפועל מטופלים ביחידת הטראומה של בית החולים פצועים רבים בעלי פגיעות ראש, והעברתם לבית חולים אחר שלו שירותי נירוכירורגיה יוצרת עיכוב שעלול לסכן אותם.

בנובמבר 2015 אישר המשרד את בקשת שערי צדק לפתוח את המחלקה, אשר הייתה אמורה להיות באותה העת התשיעית במספר והעודפת השנייה ביחס לשבע המחלקות שנקבע שתהיינה בבתי החולים הכלליים. האישור ניתן אף שבסמוך לשערי צדק, במרחק שישה ק"מ בלבד, פועלת במרכז הרפואי הדסה עין כרם מחלקה דומה. המחלקה בשערי צדק נפתחה לציבור ב-2016.

בביקורת עלה כי הפרוטוקול של פורום יחידות שדן בבקשה היה דל בהסברים ובהצגת הנסיבות והשיקולים שבבסיס ההחלטה המצדיקה את הקמת המחלקה החדשה:

בפרוטוקול צוין כי מנכ"ל שערי צדק אמר שפתיחת מחלקה נוספת כזו בירושלים היא "מרכיב חשוב בטיפול בחולים המגיעים למחלקת הטראומה ופתיחת יחידה נוספת בירושלים, [ש]תוכל לתת מענה לאוכלוסיית ירושלים

רבתי המונה כמיליון נפש". על פי הפרוטוקול זו ההנמקה היחידה שהתייחס אליה פורום יחידות בעת שאישר את בקשת שערי צדק.

כך לא ניתן ביטוי בפרוטוקול לבחינת השיקולים שעל הפורום היה להביאם בחשבון בעת קבלת החלטתו למרות תוכנית המשרד ל"התערבות שבץ מוחי": הצורך הרפואי בתשתיות ובשירותים בראייה אזורית, ובמיוחד בהתחשב בכך שמחלקה כזו כבר פועלת במרחק של כ-6 ק"מ בלבד, בבית החולים הדסה; הצורך בפתיחת המחלקה בהתחשב במספר הצפוי של נפגעי הטראומה הזקוקים לטיפול מידי במחלקה הנירוכירורגית בהשוואה למספר המטופלים האמבולטוריים; ההצדקה למתן עדיפות לפתיחת המחלקה בשערי צדק ביחס לבתי חולים אחרים; ההשלכות של ההוצאות לתפעול המחלקה על ההוצאה הלאומית לבריאות; החשש לפגיעה בצבירת הניסיון האישי והקבוצתי של הצוות הרפואי בשל פיצול הטיפולים הנירוכירורגיים בין שתי המחלקות - בשערי צדק ובהדסה - וההשלכות הנוספות על הדסה; וזמינות כוח האדם מתאים להפעלת המחלקה. יצוין כי גם המועצה הלאומית לטראומה⁵⁴ הדגישה עוד ב-2012 את המצוקה הקיימת בשל מיעוט הרופאים הנירוכירורגים ואת הצורך במסה קריטית של פעולות כדי להבטיח את איכות הטיפול.

בפגישות שקיים צוות הביקורת עם הנהלת משרד הבריאות בינואר 2019, טענו נציגי ההנהלה כי פרוטוקול הדיון אינו משקף את עבודת המטה שקדמה לקבלת ההחלטה וכי כל חבר בפורום בחן את המידע שהוצג לפניו, בהתאם לתחום אחריותו, והביע את עמדתו המקצועית בעניין. בתשובת המשרד, שניתנה לפני הפגישה, הוא גם ציין כי הוא מקבל את עמדת משרד מבקר המדינה ופועל למיסוד עבודת הפורום בנוהל, שבו תיכלל גם הנחיה מפורשת לתיעוד הדיונים.

החלטת המשרד על פתיחת מחלקה נירוכירורגית בשערי צדק חורגת מהאמור בתוספת החמישית לפקודה - פתיחת המחלקה הנירוכירורגית בשערי צדק נעשתה תוך חריגה ממספר המחלקות הנירוכירורגיות שמותר להפעיל בבתי החולים, על פי התוספת החמישית לפקודה, שמטרתה היא בין היתר שליטה בהוצאה הציבורית הכוללת לבריאות עם הבטחת נגישות נאותה לקבלת טיפול רפואי איכותי.

54 המועצות הלאומיות הן גופים מקצועיים, רב-מערכתיים, היועצים להנהלת משרד הבריאות בתחומי הרפואה השונים. המלצות המועצות מובאות לפני קובעי המדיניות במשרד ומתורגמות לחוזרי מנכ"ל או לחוזרי מנהל ולהחלטות ארגוניות והנחיות מקצועיות של המשרד. נציג המשרד חבר בכל מועצה לאומית. כיום פועלות במשרד הבריאות 21 מועצות לאומיות. המועצה הביעה את עמדתה בנוגע לפתיחת מחלקה נירוכירורגית בצפון הארץ.

רק ביוני 2016, לאחר שהמשרד כבר אישר את פתיחת המחלקה, הוא הכין בקשה לתקן את התוספת החמישית לפקודה, ולהגדיל את המספר המרבי של המחלקות הנורוכירורגיות המותרות בארץ. יש לציין כי אישור התיקון בפקודה מחייב את הסכמת שר האוצר, אולם עד למועד סיכום הביקורת (ינואר 2019) שר האוצר לא אישר את השינוי.

אישור הקמת מכון רדיותרפיה בשערי צדק

טיפול בקרינה, רדיותרפיה, הוא טיפול רפואי במחלת הסרטן באמצעות מכשיר מאיץ קרינה מייננת, כגון קרני רנטגן או קרינת איזוטופים. הקמת מכוני רדיותרפיה עם מאיצי קרינה מוסדרת בתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד-1994 (להלן - תקנות מכשירים מיוחדים).

על פי משרד הבריאות ומשרד האוצר מקצוע הרדיותרפיה מוגדר כ"מקצוע במצוקה" שכן קיים מחסור בארץ במומחים בתחום הרדיותרפיה⁵⁵ - הן רופאים לטיפול רדיותרפיה, והן פיזיקאים רפואיים. כך למשל על פי בירור שערכו נציגי מבקר המדינה, קיים מחסור במומחים כאלה בסורוקה בבאר שבע וברמב"ם בחיפה. מחסור בכוח אדם מקצועי עלול לפגוע בתפקוד היחידות לרדיותרפיה.

בקשת שערי צדק לפתיחת מכון רדיותרפיה ביולי 2015: ביולי 2015 פנה שערי צדק למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לאשר לו להקים מכון לרדיותרפיה. ברקע לבקשה הסביר שערי צדק כי טיפול בקרינה הוא אחת מהשיטות העיקריות המקובלות כיום לטיפול בסרטן, וכי הטיפול מורכב ומצריך מיומנות רבה וצוות מכמה תחומי ידע: מומחים ברדיותרפיה, פיזיקאים רפואיים, טכנאי קרינה ועובדי סיעוד. שערי צדק ציין כי פתיחת יחידת קרינה נוספת בירושלים תשפר את השירות לתושבי ירושלים, תקצר את זמני ההמתנה, ותאפשר למטופל גמישות בבחירת מקום הטיפול ובגישת הטיפול.

פעילות מחלקות הרדיותרפיה בישראל: בשנת 2016 גיבש המשרד מסמך - "סטטוס הרדיותרפיה בישראל - 2016", שבו הוא בדק את פעילות בתי החולים הנותנים שירותי רדיותרפיה. נבדקו מספר החולים המטופלים בכל בית חולים; היחס שבין מספר המטופלים למכשיר נכון לשנת 2014 - בבילינסון - מכשיר אחד לכל 702 מטופלים, בהדסה - אחד ל-650, בשיבא אחד ל-600. הממוצע הכלל ארצי היה 585 מטופלים למכשיר אחד; ומאפייני השימוש של המחוזות השונים במכשירים. הבדיקה התבססה בין היתר על ההמלצות של הסוכנות הבין-לאומית לאנרגייה אטומית שבחנה את כל מכוני הרדיותרפיה בישראל. באותן המלצות צוין כי הצרכים הנדרשים הם פתיחת מרכז נוסף לרדיותרפיה באזור ירושלים, ותוספת במאיצים לתושבי מחוז ירושלים. צוין כי הדסה לא הגדילה את מספר המאיצים הפועלים בשטחה, וכי שערי צדק מוכן להקים מכון

55 מקצוע התמחות המזכה במענק התמחות בבית חולים ציבורי-כללי במקצוע במצוקה. פורסם ב"פ 7788, כ"א באייר, התשע"ח (6.5.18), עמ' 7510.

רדיותרפיה⁵⁶. עוד נכתב כי יש לשפר את השירות במרכז הרפואי בסורוקה על ידי הוספת מאיצים והוספת כוח אדם ניכר, וכן יש לפתוח מרכז נוסף באשדוד.

בינואר 2016 אישר המשרד לשערי צדק לפתוח מכון רדיותרפיה; בתשובת המשרד לבקשת שערי צדק צוין, כי האישור ניתן לאחר שבוצעה "הערכת צרכים לאומית לצורכי הרדיותרפיה", וכי "האישור הסופי להפעלת המכון כפוף לאישור התקנות [תקנות מכשירים מיוחדים] ולאישור מקצועי של המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, לרבות רישיון לרכישה והפעלה של מכשירים אלו". באוקטובר 2016 אושרו התקנות⁵⁷. נכון למועד סיום הביקורת, אוקטובר 2018, שערי צדק החל לבנות את הבניין שבו תמוקם היחידה החדשה.

עולה שלמשרד אין מסמכים מתועדים שניתן ללמוד מהם האם בעת אישור הבקשה הובאו בחשבון אמות המידה לפתיחת יחידה חדשה, כפי שנקבע בתקנות רישום בתי חולים, והאם הובאו בחשבון שיקולים נוספים הרלוונטיים להחלטה: ההשפעה על המחלקה לרדיותרפיה שכבר פועלת בהדסה ובחינת עיבוי המחלקה הקיימת שם; ההשלכות של ההוצאות לתפעול המכון על ההוצאה הלאומית לבריאות⁵⁸; זמינות כוח אדם מקצועי להקמתו והפעלתו; וההשלכות של פתיחת המכון על מקצוע הרדיותרפיה, שכבר שרוי במצוקה.



56 במסמך נאמר גם כי במחוז ירושלים פועל בבית החולים אוגוסטה ויקטוריה מכון רדיותרפיה ובו שני מאיצים. שם ניתן שירות בעיקר לתושבי הרשות הפלסטינית.

57 לפי התקנות החדשות ניתן להוסיף מכוני רדיותרפיה ומאיצים. אין בתקנות התייחסות למיקום גיאוגרפי.

58 על פי הערכת אגף התקציבים במשרד האוצר מינואר 2019, עלות ההקמה של מכון רדיותרפיה נאמדת בכ-116 מיליון ש"ח.

על החלטות בדבר פתיחת מחלקות ויחידות להיות מבוססות היטב ומנומקות בכתב כדי לאפשר בקרה על תהליך קבלתן

בהיעדר מסמכים מתעדים המבהירים את השיקולים שהובילו לקבלת ההחלטות על פתיחת המחלקה לנוירוכירורגיה ועל פתיחת המכון לרדיותרפיה בשערי צדק, לא ניתן ללמוד על סבירותן של ההחלטות ואף לא לבחון את האפקטיביות שלהן. על החשיבות בתיעוד סדור של החלטות עמד גם השופט מאיר שמגר, הנשיא לשעבר של בית המשפט העליון: "תהליך קבלת ההחלטה על-ידי מי שהוקנתה לו סמכות על-פי חוק מן הראוי שיהיה מורכב, בדרך כלל, ממספר שלבים בסיסיים חיוניים, אשר הם הביטוי המוחשי להפעלת הסמכות המשפטית תוך התייחסות לנושא מוגדר, ואלו הם: איסוף וסיכום הנתונים (לרבות חוות הדעת המקצועיות הנוגדות, אם ישנן כאלה), בדיקת המשמעויות של הנתונים (דבר הכולל, במקרה של תזות חלופות, גם את בדיקת מעלותיהן ומגרעותיהן של התזות הנוגדות) ולבסוף, סיכום ההחלטה המנומקת. תהליך כגון זה מבטיח כי כל השיקולים הענייניים יובאו בחשבון, כי תיעשה בחינה הוגנת של כל טענה, וכי תגובש החלטה, אותה ניתן להעביר בשבט הביקורת המשפטית הציבורית"⁵⁹. נוכח ההשלכות רחבות ההיקף של החלטות על פתיחת מחלקות ויחידות, עליהן להיות מבוססות היטב ומנומקות בכתב, כך שיאפשרו בקרה על תהליך קבלתן.

על משרד הבריאות להטמיע את הנוהל לפעילות פורום יחידות שגיבש לצורך קבלת החלטות על הקמת מחלקות ויחידות חדשות. עליו גם לגבש נוהל לפעילות ועדת הפרויקטים שבמשרד. בכלל זה עליו לוודא כי בעת קבלת ההחלטות תהיה בפניו תמונת מצב שלמה ומעודכנת על אודות כל הנתונים הרלוונטיים לקבלת ההחלטה, ושיוצגו החלופות השונות ומשמעויותיהן, ובכלל זה המשמעות הכלכלית של ההחלטה והתחשיב הכלכלי הכרוך בכך, ההשלכות על מחלקות אחרות בבית החולים ובבתי חולים אחרים (מניעת כפל תשתיות) וכן ההיבטים הקשורים לתשתיות ולכוח האדם הנדרשים לשם הפעלת המחלקה או היחידה החדשה. על מנכ"ל משרד הבריאות לעקוב אחר השלמת הנוהל והטמעתו ועליו לוודא כי העבודה נעשית לפיו.

יחידות להפעלת תאי לחץ

בתא לחץ ניתן טיפול בחמצן (טיפול היפרברי), המזרז את ההחלמה ממגוון רחב מאוד של מצבים רפואיים, שהמשותף להם הוא חוסר בחמצן ברקמה. הטיפול ניתן ברובו באופן מתוכנן (אלקטיבי) לחולי סוכרת הסובלים מכיבים כדי למנוע קטיעות גפיים, באופן אינטנסיבי ובתדירות כמעט יומית במשך שבועות מספר עד חודשים, וכן במקרים דחופים כגון חסימה חריפה של עורק הרשתית, בעיה שיש לטפל בה בתוך 12 שעות כדי למנוע עיוורון⁶⁰.

59 בג"צ 297/82 ברגר נ' שר הפנים, פ"ד לו (3)29, 48.

60 ראו גם - "הוריות קליניות לטיפול בחמצן בעל-לחץ", משרד הבריאות, מינהל רפואה, חוזר מס' 23.8.99, 37/99.

פקודת בריאות העם ותקנות מכשירים מיוחדים קובעות כללים לגבי פתיחת יחידות שבהן תאי לחץ ולהפעלתן. אחד מהכללים הוא כי צריך לקבל אישור מראש להפעלת היחידות. כמו כן הן קובעות את מספר תאי הלחץ בבתי חולים שיש בהם יחידות לפי 1,000 נפש ואת מיקומם הגיאוגרפי: שניים בצפון - בפועל היחידות נמצאות בבית החולים אלישע בחיפה ובמכון לרפואה ימית של צה"ל, שניים במרכז - בפועל יש יחידה אחת בלבד והיא נמצאת בבית החולים אסף הרופא, ושניים בדרום - בפועל יש רק יחידה אחת והיא נמצאת בבית החולים יוספטל באילת.

עקב משך ההמתנה הארוך לטיפולים באסף הרופא - שלושה חודשים ואף יותר, המשרד פעל להוסיף תאי לחץ באזור המרכז ואישר להדסה ולאיכילוב להקים. במועד סיום הביקורת הם טרם הוקמו. נוסף לכך ביקש שר הבריאות בנובמבר 2017 מ"ר ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת לבטל את המגבלה בתקנות של היחס בין מספר תאי לחץ ל-1,000 נפש, כדי לאפשר להגדיל את מספר המכשירים. עד מועד סיום הביקורת לא התקבלה החלטה בעניין.

בשונה מהמחסור בתאי לחץ באזור המרכז, המחסור בהם באזור הדרום עדיין לא מטופל. במצב הנתון, שבו לכל אזור הדרום יש יחידה אחת של תא לחץ, נזקקים תושבי הדרום, ובהם כ-200,000 תושבי באר שבע, לקבל שירות באילת או באזור המרכז.

המשרד השיב כי לאחר בחינת הצרכים הוחלט על הקמת שתי יחידות באזורים שלא קיים בהם השירות - אזור ירושלים ואזור תל אביב, וכי לא ניתן לאשר מכשירים נוספים בלי לתקן את התקנות, והמשרד פועל לעשות זאת. עד כה משרד האוצר לא נענה לבקשותיו. סוראסקי השיב בדצמבר 2018 כי הוא צופה שעד שנת 2020 יפעל אצלו תא לחץ.

לאחר אישור השינוי בתקנות מכשירים מיוחדים על המשרד לבחון את רמת השירות הרפואי שמקבלים תושבי הפריפריה הדרומית כדי להחליט אם יש מקום לפתיחת יחידת תא לחץ נוספת באזור הדרום.

החשיבות בתכנון כוח האדם הרפואי בעת בחינת האפשרות לפתוח יחידות ומחלקות או לעבותן

טיפול נמרץ ילדים במרכז הרפואי פוריה בטבריה: בשנת 2016 אישר המשרד לבית החולים להמיר 6 מיטות ממחלקת ילדים לטובת פתיחת יחידה לטיפול נמרץ ילדים בהיקף של 4 מיטות.

בביקורת עלה, כי ההחלטה התקבלה בהתאם לאמור בתקנות רישום בתי החולים, אולם המשרד לא וידא שניתן לאייש את היחידה בצוות רפואי וסיעודי מתאים, לרבות מנהל ליחידה. בית החולים, אשר רצה לקדם את פתיחת היחידה כדי לספק את הצרכים הקריטיים של הציבור, החל בהכשרת צוות סיעודי וצוות רפואי בתחום טיפול נמרץ ילדים במרכז הרפואי רמב"ם, וזאת כדי שיוכלו להפעיל את היחידה החדשה. אולם עד למועד סיום הביקורת עדיין לא נמצא מומחה בטיפול נמרץ ילדים שניהל את היחידה ועלה חשש שלא יהיה ניתן להפעיל את היחידה למרות השקעת המשאבים בפיתוחה.

בחודש דצמבר 2018 כתב מנהל המרכז הרפואי פוריה למשרד מבקר המדינה כי הוא כבר קלט רופא מומחה בטיפול נמרץ ילדים והיחידה תופעל עם סיום בנייתה.

אמנם במקרה שהוצג לעיל גויס, בסופו של דבר - לאחר כשנתיים, כוח האדם הרפואי הנדרש לצורך הפעלת היחידה החדשה שאישר המשרד לפתוח, אולם עולה מתוך כך כי בעת שקיבל המשרד את ההחלטה הוא לא בחן את ההשלכות בכל הנוגע לכוח האדם שיידרש להפעילה.

על המשרד להביא בחשבון את ההשלכות שיש להחלטה על פתיחה של מחלקות ויחידות מבחינת צורכי כוח האדם הרפואי שנדרש, ובפרט באזורים בארץ שקיים בהם קושי לגייסם, וכאשר מדובר בכוח אדם במקצועות רפואיים המצויים במצוקה.

קושי בפתיחת מחלקות ויחידות בפריפריה בשל מימון חסר - היעדר תרומות

שירותי בריאות מסוימים, לעיתים בסיסיים, שנזקק להם הציבור לא מסופקים בכל בתי החולים הנמצאים בפריפריה; הנדרשים לאותו שירות רפואי נאלצים להגיע אל מרכזים רפואיים אחרים אשר לא פעם נמצאים הרחק ממקום מגוריהם. משמעות הדבר היא פגיעה ברמת השירות שמקבלת אוכלוסייה המתגוררת בפריפריה, שלא בסמוך למרכזים הרפואיים הגדולים.

חוסר במחלקות שיקום בכל אזור הצפון: כך למשל, בכל אזור הצפון אין מחלקה לשיקום ילדים - שירות שנחשב בסיסי. על כן, ילדים שנזקקים לשיקום נאלצים להגיע עם משפחותיהם לטיפול במקומות מרוחקים ממקום מגוריהם ואף למרכז הארץ. שירות לשיקום קשישים חסר אף הוא⁶¹. צורך זה הביא את משרד הבריאות לאשר את בקשת המרכז הרפואי פוריה בשנת 2016 להקים מרכז שיקום ובו 162 מיטות. על פי ההחלטה מימון הקמת מרכז השיקום יהיה

61 ראו מבקר המדינה **דוח שנתי 62ב** (2012), בפרק "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.

יש קושי בפתיחה של מחלקות ויחידות בפריפריה. על המשרד לספק מענה שיסיר את החסמים לשם צמצום הפגיעה בשירותים הרפואיים לתושבי הפריפריה ואי-השוויון החברתי בין המרכז לפריפריה

בחלקו מתקציב המדינה, ובחלקו מכספי תרומות שבית החולים יגייס⁶². אולם עד מועד סיום הביקורת המרכז הרפואי פוריה לא הצליח לגייס את מלוא התרומות ועדיין לא הוחל בהקמת המרכז.

בדוח של מבקר המדינה משנת 2013 שעסק בבינוי ותשתיות במערכת הבריאות⁶³ צוין כי בדרך כלל, הקמה של מחלקות ויחידות נעשית במימון מלא או חלקי של מקורות חיצוניים כתרומות. וכי "דיווחי המרכזים הרפואיים למשרד מבקר המדינה אכן מלמדים על פערים ניכרים בין שיעור התרומות המגיעות למרכזים הרפואיים במרכז הארץ לבין שיעור התרומות המגיעות למרכזים הרפואיים שבפריפריה". היות שבתי החולים שבפריפריה מתקשים בגיוס תרומות, הם גם לא יכולים לקדם הקמה של מחלקות ויחידות חדשות. הדבר גורם להעמקת אי-השוויון בין המרכז לבין הפריפריה בהספקת שירותים רפואיים.

בדוח קודם משנת 2011 שעסק בתרומות לבתי החולים צוין כי "תרומות הן מקור לשיפור המערכת הרפואית הציבורית ולקידומה, ופעילות אגודות הידידים בצד המרכזים הרפואיים היא מבורכת ותורמת רבות למערכת הבריאות, בייחוד בהיעדר תקציבים ממשלתיים מספיקים לפיתוח מערכת זו. על אף הצורך להסתמך על קבלת תרומות למימון פעולות הבינוי, כדי להבטיח טיפול רפואי נאות וראוי יש להכין תוכנית אב אשר תדרג את סדרי העדיפות לקידום מערכת הבריאות, תוך כדי התייחסות להגדלת הביקוש ולהתפתחויות הטכנולוגיות ובלי לייצר כפל תשתיות במערכת הבריאות"⁶⁴.

היות שהקושי בגיוס תרומות לבתי החולים שבפריפריה הוא חסם משמעותי בקידום פתיחה של מחלקות ויחידות, על משרד הבריאות לספק מענה שיסיר את החסם. לשם כך בין השאר עליו לבחון את האמור בדוחות הוועדות שבחנו את שירותי הבריאות בצפון ובדרום⁶⁵ ואת האפשרות לאמץ את מסקנותיהן באופן מלא או חלקי. עליו לגבש תוכנית אב רב-שנתית ומדורגת להשלמת הצרכים ולקבוע את מקורות המימון לה. הדבר יביא לצמצום הפגיעה בשירותים הרפואיים שמקבלים תושבי הפריפריה וימנע העמקה של אי-השוויון החברתי בין המרכז לפריפריה.

המשרד השיב כי הוא מקדם את פרויקט מבנה השיקום בפריפריה במלוא המרץ תוך ניסיון מקביל להשלמת התקציב החסר. הבנייה טרם התחילה כיוון שעדיין לא הוצא היתר בנייה והתכנון לא הסתיים. המשרד גם מקדם תוכניות לשיקום במרכז רפואי "לגליל" בנהריה, בברזילי, במוסד "עלה נגב" ובסורוקה. תוכניות

62 עלות הקמת השלב הראשון במרכז השיקום היא 150 מיליון ש"ח: 110 מיליון ש"ח מתקציב המדינה, ו-40 מיליון ש"ח אמור בית החולים לגייס מתרומות.

63 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2013** (2013), בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 155.

64 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2011** (2011), בפרק "תרומות לבתי החולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741.

65 הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הבריאות בצפון, ספטמבר 2016; דוח מסכם של הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום, אוגוסט 2014.

העבודה של המשרד מתעדפות בתי חולים בפריפריה ותקציבם מגיע בעיקר ממקורות ממשלתיים. עוד הוסיף כי ראוי להקצות תקציבים גבוהים יותר לטובת בניית תשתיות, ולהמעיט בגיוס תרומות חיצוניות.

על המשרד לפעול בנחישות לפתרון להקמת מרכז השיקום בפוריה.

כפל שירותי בריאות בקהילה ובבתי החולים

כחלק ממגמה עולמית בשנים האחרונות מעודד משרד הבריאות את קופות החולים לפתח שירותי בריאות בקהילה. קופות החולים הן שמספקות שירותים אלה ובכלל זה הן מספקות גם טיפולים אמבולטוריים⁶⁶. למתן שירותי בריאות בקהילה יש כמה יתרונות: ההוצאות של הקופות למתן שירותי בריאות בקהילה נמוכות מאלה שהן נדרשות לשלם כאשר השירותים ניתנים בבתי החולים; מתן שירותים בקהילה ולא בבית החולים מונע חשיפה לזיהומים בבתי החולים⁶⁷; הטיפול בבית, במסגרת המשפחתית, תורם להבראת החולה, וכן נוצר אגב כך ריענון של התשתיות לטובת רווחת המטופל. מסיבות אלה ואחרות מוסכם על הגורמים המקצועיים כי טיפול באיכות זהה שניתן בקהילה עדיף על השהייה בבית החולים.

ועם זאת פיתוח שירותי קהילה לטיפולים אמבולטוריים, שאינם דורשים אשפוז, אם נעשה ללא בחינה מוקדמת של היתרונות מול החסרונות ושל המאזן ביניהם, עשוי להיות בזבזני ולא יעיל בשל כפל התשתיות שנוצר, במקרים שבהם בבית חולים סמוך כבר מצויות תשתיות דומות⁶⁸.

בעוד תהליך הקמה ופתיחה של מחלקות ויחידות בבתי החולים מוסדר בתקנות, ומוגדרת בנוגע אליו אחריות המשרד, תהליך פתיחת מרפאות בקהילה, שמקיימות הקופות, נעשה בהחלטה פנימית של כל קופה וקופה ומשרד הבריאות אינו נדרש לאשר זאת. הקופות שוקלות את הצורך בפתיחת המרפאות על פי העדפותיהן, אין להן חובה לשקול זאת בראייה מערכתית-לאומית, ובפועל הן גם לא עושות זאת. באופן הזה ייתכן ותיווצר כפילות בתשתיות ואי-מיצוי של תשתיות קיימות.

66 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים.

67 בעניין זה ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2012** 63, בנושא "ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה", עמ' 671.

68 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2015** 65, בנושא "סוגיות בתקציב מערכת הבריאות", עמ' 555.



בטרם יחליטו הקופות
על פתיחה של
מרפאות חשוב
שתהיה להן היכולת
לראות את תמונת
המצב הכוללת ולנתח
אותה כדי לקבל
החלטות מושכלות
שימנעו ככל תשתיות

כך למשל, קופות החולים פתחו בטבריה מרפאת עור, מרפאה לבריאות הנפש ומרפאת סוכרת, ובעקבות זאת, הפסיקו להפנות מבטחים למרכז הרפואי הממשלתי פוריה בעיר. מהלך זה גרם למרכז הרפואי להפסיק להפעיל אצלו את המרפאות האלה, במרכז הרפואי פוריה פועלת גם יחידת ממוגרפיה לתחומים רפואיים אלה; במרכז הרפואי פוריה פועלת גם יחידת ממוגרפיה אולם מטופלות לא נשלחות אליה כי אחת הקופות פתחה בטבריה מרפאה לבריאות השד; גם המרכז הרפואי ברזילי הפסיק להפעיל מרפאת עור כיוון שהקופות פתחו מרפאות מקבילות בסביבת בית החולים. בכך גם נפגע השירות הרפואי בברזילי למי שנדרש להתאשפז לצורך קבלת טיפול רפואי.

להרחבת השירותים שניתנים בקהילה יתרונות והיא מבורכת ורצויה, ועם זאת, היעדר תוכנית ארוכת טווח של המשרד בנוגע לפתיחה עתידית של מחלקות, יחידות ומרפאות ובנוגע לתוספת מיטות, לרבות הצגת החוסר הקיים, גורם לכך שהקופות אינן מכירות את תוכניות המשרד ואינן מעודכנות בתמונת המצב, דבר שהיה עשוי לסייע להן לראות את הדברים בראייה כוללת ולשפר את תהליך קבלת ההחלטות של פתיחת מרפאות. על משרד הבריאות להשלים את התוכנית האמורה ולהביא לידיעת הקופות.

על הקופות מוטלת אחריות ציבורית רבה מתוקף היותן הגופים אשר נותנים שירותי בריאות ישירים למבטחים. הן מחזיקות בידיהן כספי ציבור בהיקפים עצומים, ולכן חלה עליהן החובה לכלכל את החלטותיהן בכובד ראש ומתוך יעילות ותכליתיות, ובטרם יחליטו על פתיחה של מרפאות חשוב שתהיה להן היכולת לראות את תמונת המצב הכוללת ולנתח אותה כדי לקבל החלטות מושכלות. המשרד כרגולטור רשאי לקבוע אמות מידה שעל הקופות לעמוד בהן לשם פתיחת מרפאות. על אמות מידה אלה להביא בחשבון את ההשפעות האזוריות בפתיחת מרפאה.

על משרד הבריאות ועל קופות החולים לשתף פעולה ולקיים שיח בנוגע לפתיחת מרפאות בקהילה.

פתיחת מחלקות או יחידות מיותרות הגורמת לירידה בנפח הפעילות של מחלקות אחרות

מנהלי מחלקות כירורגיות בארץ, חברי המועצה הלאומית לכירורגייה, הרדמה וטיפול נמרץ מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה כי כדי להגיע לתוצאות מיטביות בביצוע פרוצדורות רפואיות נדרש לרכוש ניסיון קודם בביצוען. בספרות הרפואית מתואר קשר ישיר בין עלייה בנפח הפעילות בפרוצדורה לבין איכות תוצאת הטיפול (פחות סיבוכים, תמותה נמוכה). כך לדוגמה, מוצג כי במחלקות כירורגיות שנעשו בהן שני ניתוחים בשנה של כריתת לבלב התמותה הייתה 14.6%, לעומת מחלקה שנעשו בה יותר מ-16 ניתוחים בשנה ובה התמותה הייתה 3.8%; במחלקות שנעשו שני ניתוחים בשנה של כריתת ושת התמותה

הייתה 20.3%, לעומת מחלקה שעשתה יותר מ-19 ניתוחים, שהתמותה שם הייתה 69.4%.

יש לציין, כי במקרים מסוימים המשרד פועל על פי עיקרון זה של הקשר בין נפח הפעילות לבין איכות הטיפול. בתחום הניתוחים הבריאטריים⁷⁰ הוא פרסם שני חוזרים: "קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים במבוגרים"⁷¹ ו"קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים מתחת לגיל 18"⁷². החוזרים קובעים, בין היתר, אמות מידה להכרה במרכז בריאטרי. אחת מהדרישות היא שהמרכז הבריאטרי ינוהל על ידי מומחה בכירורגיה כללית שתחום עיסוקו העיקרי בשלוש השנים האחרונות הוא טיפול בהשמנת יתר חולנית, ויבוצעו בו לפחות כ-100 ניתוחים בריאטריים בשנה, וזאת לפחות בשתי טכניקות ניתוחיות.

פערי נפח פעילות גדולים במחלקות להשתלות: התוספת החמישית לפקודת בריאות העם קובעת את מספר המחלקות המרבי בכמה ענפי רפואה ייחודיים. אשר להשתלות נקבע כי בסך הכול יהיו 7 יחידות להשתלת כליה בכל הארץ, מתוכן 6 בבתי חולים ציבוריים כלליים; להשתלת לב יהיו 3 יחידות; השתלת ריאה - 2 יחידות; השתלת כבד - 3 יחידות.

שבעה מרכזי השתלות פועלים בבתי החולים בארץ: בסוראסקי, בבילינסון, בהדסה, בסורוקה, ברמב"ם, בשניידר ובשיבא. שלושה מהם: שיבא, סוראסקי ובילינסון, פועלים במרכז הארץ והם משתילים איברים שונים. בדיקת הפעילות של שלושת המרכזים העלתה כי בבית החולים בילינסון ביצעו בשנת 2017 את מרבית ההשתלות - 269 השתלות, בסוראסקי בוצעו 72 השתלות ובשיבא רק 13. להלן בלוח 1 פירוט ההשתלות בשלושת המרכזים הרפואיים בשנת 2017 לפי סוגי ההשתלות.

לוח 1: השתלות במרכז הארץ, לפי בתי חולים, 2017

סך הכול	ריאה	שתי ריאות	לב	כבד וכליה	כבד	כליה ולבלב	כליה מהחי	כליה מהמת	
72	-	-	-	2	15	3	37	15	סוראסקי
269	18	37	7	3	25	6	113	60	בילינסון
13	-	-	10	-	-	-	2	1	שיבא
354	18	37	17	5	40	9	152	76	סך הכול

המקור: נתוני המרכז הלאומי להשתלות שבמשרד הבריאות.

69 ראו:

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE, SPECIAL ARTICLE, Volume 346: 1128-1137, April 11, 2002 Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States, John D. Birkmeyer, M.D., et.al.

70 ראו דוח ביקורת "מערך הניתוחים הבריאטריים בישראל".

71 חוזר מינהל רפואה 33/2013 שהחליף חוזר קודם - 27/2012.

72 חוזר מינהל רפואה 27/2017 שהחליף חוזר קודם - 33/2009.

בולט מתוך לוח 1 הניסיון שצבר בלינסון בכל סוגי ההשתלות זאת ביחס לניסיון שצברו סוראסקי ושיבא. למשל בשנת 2017, בבלינסון בוצעו 113 השתלות כליה מהחי, ואילו בסוראסקי בוצעו 37 ובשיבא רק 2. לגבי השתלות לב, הנתונים מצביעים כי לשיבא יתרון במספר ההשתלות.

המשרד השיב כי נושא ההתמחות וההתמקצעות הוא קריטי אך בד בבד יש צורך בכמה תשתיות רפואיות ולוגיסטיות הפועלות בו זמנית באתרים שונים, וזאת כדי להכיל את כל ההשתלות שמגיעות באופן שלא ניתן לצפי מראש או לתכנון, כיוון שמתקבלות מתורמים נפטרים. משנה לשנה עולה מספר ההשתלות מתורמים נפטרים ומתורמים חיים, ויש צורך בתשתית רחבה שתהיה מותאמת לגידול זה. מספר היחידות הנוכחי הוא הכרח לאור תוכניות הפיתוח.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי השיקולים ששקל נכונים ואכן יש חשיבות בראייה לטווח הארוך, ולפי הכללים אין מניעה להפעיל שלוש מחלקות סמוכות. ואולם לפעילות דלה של יחידת השתלות יש השפעה על בריאות המטופלים. הנסיבות שבהן פועלות מחלקות ההשתלה במרכז הארץ - פעילות לאומית שאינה כה רחבת היקף, של פחות מ-400 ניתוחי השתלות בשנה, שרובם מתרכזים במרכז רפואי אחד, בבלינסון (76%) - עלולות לפגוע ביכולת של כל מחלקה בכל אחד משלושת המרכזים הרפואיים לצבור די ניסיון שיביא להתמחות ולמומחיות, ואף גורמת לכפילות מיותרת של תשתיות. זאת ועוד, העובדה שחלק מההשתלות הן בלתי צפויות מראש שכן הן מתורמים נפטרים, אינה מחייבת פיזור של אתרי ההשתלה, שכן ממילא התרומה להשתלה אינה מגיעה דווקא מתורם שנפטר במרכז הרפואי שמבצע את ההשתלה.

בעת אישור מחלקות ויחידות חדשות על המשרד לשקול גם את נפח הפעילות הצפוי בהן, כדי לא לגרום לירידה בנפח הפעילות של מחלקות אחרות דומות, דבר העלול לפגוע באיכות הטיפול הרפואי שיינתן לחולים.



כדי להבטיח נפח פעילות גדול דיו לניתוחי ההשתלות במרכז רפואי מסוים, ראוי שהמשרד ישקול לקבוע מוקדי התמחות לפי סוגי ההשתלות כדי שבכל מוקד יהיו המטפלים מומחים ובעלי ידע עמוק בתחום

משרד מבקר המדינה ציין כבר כמה וכמה פעמים כי במערכת הבריאות מצוקה תקציבית ובתי החולים פועלים מתוך גירעון מובנה: שיטת התקצוב הקיימת ומסגרת התקציב המוקצית אינן מאפשרות להעניק את כל השירותים החיוניים באופן מלא, נגיש וזמין ובאיכות הראויה. מתמונת המצב העולה בביקורת הנוכחית ניכר שנוסף למצוקה התקציבית, פועלת מערכת הבריאות, לפחות במקרים שנבדקו, באופן לא מיטבי; נמצא אי-מיצוי יעיל של המשאבים, כפל של תשתיות ומשאבים וחוסר בראייה מערכתית כוללת, וכולם כאחד גורמים לבזבוז משאבים. בהתחשב בכך ששטח מדינת ישראל מצומצם ושהמרחקים בין צפון הארץ לדרומה אינם כה גדולים, הרי שבתכנון אופטימלי של מבנה המחלקות, היחידות והמרפאות של בתי החולים והקופות, יהיה ניתן למצות ביעילות את המשאבים הקיימים, בלי לייצר תשתיות כפולות שלא לצורך ותוך ניצול תכליתי של כוח האדם הרפואי והסיעודי.

על המשרד לגבש מתכונת נכונה לתפיסת פיזור המתקנים הרפואיים בארץ, כך שיינתן מענה הולם, נגיש וזמין לכלל האוכלוסייה, בהתחשב במרחק הסביר לקבלת השירות, בהיקף הנזקקים לכל שירות ובעלויות הכרוכות בכך. על מנת להבטיח נפח פעילות גדול דיו לניתוחי ההשתלות, ראוי שהמשרד ישקול גם לקבוע מוקדי התמחות בתחום ההשתלות על פי סוגי ההשתלות כך שבכל מוקד יהיו המטפלים מומחים ובעלי ידע עמוק בתחום. המלצה זו יפה, באותה מידה, גם לתחומים רפואיים אחרים וראוי שהמשרד ישקול לפעול על פיה.

משרד הבריאות ומשרד האוצר לא מקדמים כראוי את ההחלטה להקים בית חולים חדש בבאר שבע

לדברי ראש מינהל התכנון והבינוי במשרד תהליך בנייה של בית חולים חדש נמשך בין שבע לעשר שנים. כדי להפעיל את בית החולים בזמן, נדרש להיערך לכך זמן מספיק מראש. מזה כמה עשורים שמשרד הבריאות עוסק בשאלת הצורך בבניית בית חולים חדש באזור הדרום. בשנת 2017 החל לפעול אסותא - בית חולים חדש באשדוד. פתיחת אסותא נותנת מענה נקודתי לצורכי האשפוז סמוך לאזור שנמצא בו בית החולים, ואולם מענה כולל ושלם לצורכי הפריפריה בדרום הארץ, עדיין חסר.

באוגוסט 2014 הגיש מנכ"ל משרד הבריאות דאז פרופ' ארנון אפק לשרת הבריאות דאז יעל גרמן ולמנכ"ל משרד ראש הממשלה דאז מר הראל לוקר, דוח מסכם של הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום. בין ההמלצות שבדוח נקבע הצורך בבית חולים כללי ציבורי נוסף בבאר שבע בגודל של 300 - 400 מיטות כמענה לגידול האוכלוסייה ולהזדקנותה. בדוח נאמר שבשנים 2018

- 2020 תחל בנייתו כדי להפעילו בשנת 2025. עלות ההקמה של 300 מיטות הוערכה בכ-900 מיליון ש"ח.

בספטמבר 2014 החליטה הממשלה להקים בית חולים חדש בבאר שבע⁷³. בהחלטה נקבע שיש להקים לצורך כך ועדת היגוי בראשות מנכ"ל משרד הבריאות, יש לקבוע מודל הפעלה לבית החולים (ממשלתי, פרטי או ציבורי), וכי התקציב להקמת בית החולים יסוכם על ידי שרת הבריאות ושר האוצר. ככל שהצדדים לא יגיעו להסכמה, יש להביא את המחלוקת להכרעת הממשלה. כמו כן נקבע כי יש להנחות את החשב הכללי להקים ועדת מכרזים בין-משרדית לתכנון, להקמה, להחזקה ולהפעלה של בית החולים בהתאם לעקרונות החלטה זו ולאור המלצות ועדת ההיגוי, וכי על ועדת המכרזים לפעול, ככל הניתן, לפרסום המכרז עד ליום 1.9.2016.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, אשר גיבש את ההמלצה שהובאה לפני הממשלה בנוגע להקמת בית החולים, כי היא לא נגזרה מתוכנית כללית למערך האשפוז בישראל. שיעור תוספת המיטות הנדרשות חושב כך שיתקרב לממוצע הארצי ל-1,000 נפש⁷⁴, אולם לא הובאו בחשבון מאפייני האוכלוסייה באזור זה - מדובר באוכלוסייה צעירה יחסית, כך שיעד ממוצע המיטות ל-1,000 נפש אמור להיות נמוך יותר.

עד דצמבר 2018 הוועדה המקומית לתכנון ולבנייה באר שבע טרם אישרה את תוכנית בניין עיר (תב"ע) לקרקע שעיריית באר שבע הקצתה, וטרם הושלם התכנון המפורט של בית החולים. עוד עלה כי בניגוד להחלטת הממשלה ולהחלטות ועדת ההיגוי שהוקמה, משרד הבריאות ומשרד האוצר עדיין לא קבעו את מודל הפעלה של בית החולים שיוקם וגם לא את המסגרת התקציבית שתדרש לשם כך; הם גם לא הנחו את החשב הכללי במשרד האוצר כאמור והמכרז לא פורסם.

ראש מינהל התכנון והבינוי במשרד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה בנובמבר 2018 כי התב"ע נמצאת בהכנה והליך האישור שלה צפוי להסתיים במהלך 2019; כמו כן מסר כי "מסגרת התקציב ידועה אך עדיין אין החלטה"; לדבריו, החסמים הידועים שמעכבים את בניית בית החולים הם "חוסר הבהירות בעניין אופן ההקמה ובאמצעות איזה גורם, שיעור המימון אשר ידרש מהמדינה להקמה ותפעול, היענות המציעים במידה ויוחלט כי בית החולים לא יהיה ממשלתי ומקורות כוח האדם הנדרש".

73 במסגרת תוכנית רב-שנתית לפיתוח הדרום. סעיף 47 בהחלטה 2025 של הממשלה מיום 23.09.2014. כבר ביולי 2013 רשמה הממשלה לפנייה את הודעת שר הבריאות ושר האוצר כי בכונתם לדון בהרחבת השירותים הקהילתיים ושירותי האשפוז בנגב כדי להתאימם לצרכים העתידיים של אוכלוסיית הנגב (החלטה 546 מיום 14.7.13).

74 הממוצע הארצי מתוקנן לפי גיל לשנת 2012 היה 1.85 מיטות ל-1,000 נפש.

העיסוק בצורך להקים בית חולים נוסף בבאר שבע, שישרת את תושבי הפריפריה בדרום, נמשך עשרות בשנים; בסופו של דבר החליטה הממשלה לפני יותר מארבע שנים (ספטמבר 2014) לאשר את ההקמה. על פי החלטת הממשלה הוטלו על משרד הבריאות כמה משימות שמטרתן להביא לכך שבית החולים יתחיל לפעול במועד שנקבע - 2025. אולם כמה מהפעולות הראשוניות ההכרחיות לשם כך, לא בוצעו.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי אין לסבול את ההתמהמהות הבלתי תקינה שלו ואת העובדה שלא פעל על פי ההנחיות שבהחלטת הממשלה. למשרד הבריאות ולמשרד האוצר יחדיו, יש להעיר שלא קבעו את מודל ההפעלה של בית החולים החדש. מדובר בפעולות הכרחיות לקידום השלבים הבאים ובכלל זה לגיבוש המסגרת התקציבית ותנאי המכרז.

משרד הבריאות השיב כי הממשלה לא תקצבה את הקמת בית החולים. מנכ"ל המשרד הודיע על סיום עבודת ועדת ההיגוי וכי הוכנה בקשה לקבלת מידע בנוגע למודל ההקמה וההפעלה (RFI). עוד הוסיף כי החשב הכללי מתנה את פרסום הבקשה בבניית מודל תקציבי.

החשב הכללי השיב בדצמבר 2018 כי יו"ר ועדת ההיגוי הכריז במאי 2018 על סיום עבודתה, אולם עדיין לא גובש דוח המלצות סופי. לאור זאת, "הקרקע אינה בשלה עדיין להקמת ועדת מכרזים בין משרדית, שכן תוכן השירות שאותו יש למכרז טרם נקבע".

אגף התקציבים השיב בינואר 2019 כי ועדת ההיגוי טרם סיימה את עבודתה המקצועית. אירוע של הקמת בית חולים משפיע באופן ישיר ומהותי ביותר על מערכת הבריאות בכלל, ועל בתי חולים הסמוכים לו בפרט. כך למשל דרושה התארגנות מבחינת הכשרת כוח אדם מתאים, ודרוש תכנון מדוקדק של תכולת בית החולים כדי למנוע כפלי תשתיות ו'תחרויות שכר' על רופאים בשני בתי חולים סמוכים. יש לבחון היתכנות לעמידה ביעדים פיננסיים ועוד. תהליכים אלו אורכים זמן ויש לעשותם ביסודיות ובמקצועיות. בעקבות הקמת בית החולים אסותא באשדוד נדרשים משרדי הממשלה לחקור את ההשלכות של פתיחת בית חולים חדש, והם יבחנו את הדרכים המתאימות ליישם את החלטת הממשלה, כאמור.

כדי לעמוד בלוח הזמנים שנקבע, על משרד הבריאות לשנס מותניים, לצוות לתהליך זה את משרד האוצר ואת עיריית באר שבע, ובעבודה משותפת ומתואמת לנהל את פרויקט ההקמה של בית החולים החדש, תוך תכנון יעיל וקפדני. נוכח החשיבות של פרויקט זה והיקפו הגדול, יש לראותו בגדר של פרויקט לאומי, ולכן על שר הבריאות להיות מעורב בהתקדמותו.

התאמת מספר המיטות בבתי החולים לרישיון ההפעלה שלהם

כדי שבית חולים יוכל לפעול הוא מחויב להחזיק ברישיון. ברישיון מפורטות המחלקות והיחידות הקיימות בבית החולים ומספר המיטות בכל מחלקה או יחידה שהמשרד מתיר לבית החולים להפעיל (תקן המיטות). תקינת כוח האדם הרפואי בבית החולים נגזרת מהרשום ברישיון, שכן מספר הרופאים בכל מחלקה נגזר ממספר המיטות בה. תקינת הרופאים נקבעה עוד בסוף שנות השבעים של המאה הקודמת. כאמור, מתן רישיון לבית חולים וחידושו נעשה לאחר בקרה רב מקצועית.

מחלקות ויחידות הפועלות בבתי החולים שלא על פי הרישיון: בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בתשעה בתי חולים נמצא שבשישה מהם אין התאמה בין רישום מאפייני המחלקות, היחידות והמרפאות שברישיון לבין המצב בפועל.

כך לדוגמה, ברישיון של המרכז הרפואי ברזילי, שחודש בפברואר 2018, כלולות מרפאות עור ומין וניורוכירורגיה. בפועל נמצא שמרפאות כאלה לא פועלות; ברישיון של פוריה, שחודש בינואר 2018, נכללות מרפאות שיקום לב, נויורולוגיה, עור ומין, כירורגיה ילדים, אורולוגיה ילדים, וכך מחלקה לגריאטריה פעילה, אך כל אלה אינן מופעלות.

מספר המיטות בבית החולים אינו תואם את זה שאושר ברישיון: במרץ 2016 החליט פורום יחידות של המשרד שיש צורך להסדיר את הפער בין הרשום ברישיון בית החולים לבין המצב בפועל מבחינת מספר המיטות; לשם כך יש להכין רשימה של כל המיטות הפועלות בבתי החולים ללא רישיון ועל מינהל הרפואה לרכז דרישות של מיטות מבתי החולים לשנים הבאות. לאחר מכן יתקיים דיון בפורום יחידות ויוחלט על המלצות למנכ"ל להמשך פעולה. הפורום החליט כי יש למפות את מספר המיטות הפועלות ללא רישיון בבתי החולים וציין כי "יש מקום להלבינן" כלומר, להתאים את התקן שנקבע בעבר למצב בפועל של מצאי המיטות. בהמשך לכך, ריכז המשרד נייר עבודה ובו הציג את מספר המיטות על פי התקן שנקבע לבית החולים ברישיון להפעלתו, מול אומדן שערך בנוגע למספר המיטות בפועל בכל בית החולים. את האומדן הוא הכין על בסיס מספר ימי האשפוז שדיווח בית החולים ובהנחת תפוסה של 95% (להלן - הרשימה שהוכנה).

באותו דיון סוכם גם כי בקשת המרכז הרפואי סוראסקי בתל אביב להתאים את מספר המיטות שברישיון למספרן בפועל - לא תידון עד לסיום הליך המיפוי והבחינה.

בבדיקה עלה כי הפורום החל ליישם את המהלך להלבנת המיטות, אולם, לאחר שסיים את ריכוז תמונת המצב - תקן המיטות אל מול המצב בפועל, הוא עזר. עלה כי עצירת הפעילות לא נבעה משינוי של ההחלטה או חשיבה מחדשת בעניין, אלא מאי-פעילות.

משרד מבקר המדינה מעיר לפורום יחידות שלא השלים את הפעולה שהוא החליט לבצע.

משרד מבקר המדינה עיבד את נתוני הרשימה שהוכנה (ללא מחלקת יולדות) שהסתכמה בכ-14,000 מיטות ברישיונות בתי החולים. הסיכום העלה כי בשנת 2015 היו בפועל כ-1,650 מיטות בבתי החולים יותר ממספרן הנקוב ברישיונות שלהם (חוסר מיטות בתקן), בעיקר במחלקות הפנימיות והכירורגיה הכללית, ומנגד - היו מחלקות בהן מספר המיטות ברישיונות היה גבוה ממספר המיטות בפועל בהיקף של כ-2,000 מיטות (עודף מיטות בתקן), בעיקר בבתי החולים בפריפריה במחלקות כמו עיניים, ילדים, נשים. אשר לשנת 2017 - כ-1,400 מיטות וכ-2,050 מיטות בהתאמה⁷⁵.

להלן בלוח 2 תמונת מצב של סך המיטות בכל בתי החולים בשנת 2015, שנמצא שהן בעודף או בחוסר, ביחס לתקן המיטות שנקבע להם (ההתייחסות היא לבתי חולים שלהם יותר מ-100 מיטות, ללא מיטות במחלקות ליולדות ובהנחה של 95% תפוסה):

75 כך למשל, במרכז רפואי אחד נמצא שמספר המיטות בפועל בשתי מחלקות ילדים היה קטן ב-22 ממספרן ברישיון (מספר המיטות הכולל של שתי המחלקות ברישיון בית החולים היה 60; בפועל היו 38 מיטות בלבד).

לוח 2: סך המיטות בעודף או בחוסר בבתי החולים ביחס לתקן, 2015

הפער באחוזים	הפער בין מספר המיטות בתקן לבין מספר המיטות בפועל	מספר המיטות בפועל*	מספר המיטות בתקן	בית החולים
-30%	-294	1,282	988	סוראסקי
-10%	-143	1,594	1,451	שיבא
-17%	-107	725	618	שערי צדק
-16%	-103	753	650	הדסה עין כרם
-13%	-39	335	296	לניאדו
-10%	-24	263	239	הדסה הר הצופים
-2%	-17	917	900	רמב"ם
-2%	-10	655	645	נהריה
0%	0	163	163	מעייני הישועה
1%	2	233	235	שניידר
1%	6	471	477	העמק
3%	13	485	498	קפלן
4%	13	279	292	זיו צפת
5%	21	365	386	בני ציון
6%	24	408	432	הכרמל
11%	24	190	214	אל-מקאסד
4%	29	684	713	המרכז הרפואי רבין (בילינסון)
6%	29	432	461	הלל יפה
15%	38	222	260	פוריה
20%	48	193	241	בית חולים השרון (גולדה)
46%	54	64	118	אוגוסטה ויקטוריה
9%	59	621	680	מאיר
12%	62	449	511	ברזילי
11%	69	562	631	וולפסון
8%	72	852	924	סורוקה
13%	104	681	785	אסף הרופא

המקור: דוח תפוסות במחלקות בתי החולים לשנים 2015 - 2017.
* בהנחת תפוסה של 95%.

מלוח 2 עולה כי מתוך 26 בתי חולים, ב-17 יש עודף של מיטות ביחס לתקן וב-8 בתי חולים יש חוסר במיטות. בבדיקה פרטנית של התפוסה במחלקות בבתי החולים שבלוח עולה כי בשנת 2015 היו בחלקן מחלקות בתפוסת יתר, שהתפוסה הממוצעת בהן, במהלך השנה, הגיעה לכ-145%, לעומת זאת במחלקות אחרות באותם בתי חולים היו מחלקות בתת-תפוסה⁷⁶. היה מצופה מבית חולים שבו מחד גיסא יש מחלקות בתפוסה נמוכה מאוד ומאידך גיסא מחלקות בתפוסת יתר באופן עקבי לאורך שנים, לפעול לתיקון הדבר ולהגיש בקשה למשרד הבריאות להמרת מיטות. בלי לגרוע מהאמור היה מצופה שגם המשרד ינתח את הסיבות לכך, ובמקרה הצורך, יתקן את רישום מספר המיטות, כך שהרישיון ישקף נכון את המציאות, או אם לא היה משתכנע בצדקת העניין, היה מורה לבית החולים להשיב את המצב לקדמותו על פי הרישיון. נמצא שהמשרד לא עשה כן, ולמעשה הוא התעלם מסוגיה זו. להלן דוגמאות למקרים שרובם בשנת 2016:

באסף הרופא - היה מחסור ב-36 מיטות במחלקות הפנימיות, לעומת זאת היה עודף של 12 מיטות במחלקת הילדים, עודף של 13 מיטות במחלקות הכירורגיה ועודף של 7 מיטות במחלקת הנשים;

בוולפסון - היה מחסור של 23 מיטות במחלקות הפנימיות לעומת עודף של 7 מיטות במחלקת הילדים, 5 מיטות במחלקת האורתופדיה, 12 מיטות במחלקות הכירורגיות, 8 מיטות במחלקת האורולוגיה, 6 מיטות במחלקת העיניים ו-8 מיטות עודף במחלקת הנשים;

בבילינסון - היה חוסר של 11 מיטות במחלקות הפנימיות, לעומת זאת 16 מיטות בעודף במחלקת האורולוגיה, 7 מיטות בעודף במחלקות הכירורגיות, 18 מיטות בעודף במחלקת העיניים, 12 מיטות בעודף במחלקת אף-אוזן-גרון (להלן - א"א"ג);

במאיר - היה חוסר ב-23 מיטות במחלקת האורתופדיה לעומת עודף של 5 מיטות במחלקת הכירורגית כלי דם, 6 מיטות במחלקת העיניים, 4 מיטות בא"א"ג ו-19 מיטות במחלקת הנשים;

בהעמק - חוסר של 28 מיטות במחלקות הפנימיות לעומת עודף של 22 מיטות במחלקת הילדים, 11 מיטות במחלקת העיניים, 9 מיטות בא"א"ג;

בקפלן - חוסר של 30 מיטות במחלקות הפנימיות, לעומת עודף של 15 מיטות במחלקת הילדים, 10 מיטות במחלקת הכירורגיה, ו-12 מיטות במחלקת האורתופדיה.

במרכז הרפואי סוראסקי - בשנת 2018 פעלו 1,400 מיטות במרכז הרפואי סוראסקי⁷⁷, לעומת 988 שברישיון - 412 מיטות ללא רישיון (חריגה של 40%!).

76 יש לציין כי פערים אלה קיימים לפחות משנת 2015 והפערים קיימים גם בשנת 2017.
77 בלוח 2 לעיל נתוני שנת 2015, אז היו 294 מיטות ללא רישיון (עלייה של כ-30% ב-2018 לעומת 2015 במספר המיטות ללא רישיון).



יש להוביל לארגון
מחודש של המיטות
במקומות שקיים בהם
עודף או מחסור
לעומת התקן או שיש
בהם כפילות של
תשתיות

יש לכך משמעויות מבחינת איכות הטיפול, השמירה על כבוד החולה והעומס הכבד על הצוותים הרפואיים.

יודגש כי לנתונים לגבי תקן המיטות יש השלכות נלוות אחרות ובהן השלכות על קביעת תקני כוח האדם בבית החולים. בבתי חולים שבהם תפוסת יתר נדרש הצוות הקיים לטפל ביותר חולים מהרשום ברישיון. הדבר עלול לגרום לשחיקה של הצוותים הרפואיים והסיעודיים, ולפגיעה באיכות הטיפול הרפואי; לעומת זאת במחלקות שבהן תת-תפוסה, ייתכן שהצוות אינו מועסק באופן מלא ולפיכך הוא עלול שלא לצבור ניסיון מספק.

המשרד השיב כי לא ניתן לעדכן את הרישיון רק באופן קוסמטי, אלא מדובר בהקצאת מיטות ותקנים סדורה ובפעילות באישור משרד האוצר. המשרד נכון לקדם זאת, אולם אינו רוצה לאבד בשל כך את האישור לתוספת המיטות שניתנה למערכת לשנים הקרובות. לדבריו, משרד האוצר הוא "שחקן וטו" בקביעת היקף הקצאת המיטות למערכת האשפוז. עוד ציין המשרד בתשובתו מינואר 2019 כי יש בידיו נתונים על מספר המיטות בפועל בכל מחלקה ובכל בית חולים, והוא בוחן בכל עת את מארג הכוחות בין המיטות בפועל למיטות ברישיון.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות ובראשו מנכ"ל המשרד, כי הפעלת בית חולים שלא על פי הרישיון שניתן לו ובלי שהמשרד מאשר זאת, עלולה לגרום לאי-סדר במערכת, ואגב כך מתאינת יכולת המשרד למלא את תפקידו כרגולטור של מערכת הבריאות; כך למשל למשרד אין אפשרות לבקר את היקף כוח האדם המועסק במחלקות שבהן מספר המיטות עולה על הרשום ברישיון ואין בידו להבין האם כוח האדם הקיים המועסק בפועל יכול להבטיח מתן טיפול רפואי נאות.

עולה מתוך כך צורך חיוני ביותר להתאים את הרישיונות שהעניק המשרד להפעלת בתי החולים - למצב בפועל. עליו לבחון בראייה כוללת ולאומית האם המצב בפועל מספק כראוי את צורכי האוכלוסייה, ולגבש תוכנית שתתקן את המצב במחלקות וביחידות. על המשרד להוביל לארגון מחדש של המיטות במקומות שקיים בהם עודף או חוסר או שקיימת בהם כפילות של תשתיות, וכך לאזן בין היצע התשתיות לבין הצרכים. היות שמדובר במהלך עמוק ונרחב, בעל השלכות בהיבטים פרסונליים, נדרשת בעניין זה מעורבות של ההנהלה הבכירה של המשרד וכן שיתוף של הנהלות בתי החולים ומשרד האוצר. על מהלך כזה להתבסס על הנחות היסוד המתאימות: לראות את טובת הציבור, לשמור על תקציב המדינה ולמצות ביעילות, וכן להבטיח כוח אדם איכותי.

בדיקת האפשרות ליעל מחלקות קיימות בטרם יינתן אישור לתוספת מיטות או לפתיחת מחלקות ויחידות חדשות

לאמות המידה שנקבעו בתקנות רישום בתי החולים ושעל פיהן על המשרד לקבל את החלטותיו, מצטרפים שיקולים נוספים, ואחד העיקריים שבהם הוא בדיקת שיעור התפוסה של המחלקות הקיימות; בדיקת הפרוטוקולים של הגורמים המאשרים את הבקשות במשרד הבריאות - פורום יחידות - העלתה כי לא כתוב בהם האם הוועדה דנה בחלופות שיספקו פתרון אחר לצורך לפתוח אותה יחידה או מחלקה, והאם היא בחנה אם המבקש נקט, או יכול לנקוט צעדים פנימיים להתייעלות שיאפשרו לספק את הצורך שעלה.

להלן דוגמה למחלקת אף-אוזן-גרון בבית החולים רמב"ם העוסקת גם בפעולות כירורגיות, שנקטה צעדי התייעלות שבכוחם לייתר את הצורך בהוספת מיטות:

על פי הנתונים של המשרד, בכמה מרכזים רפואיים בארץ קיים חוסר במיטות במחלקת אף-אוזן-גרון וניתוחי ראש וצוואר (במרכזים רפואיים תל אביב, נהריה, זיו, ברזילי, הלל יפה, רמב"ם, בני ציון ושיבא); לכאורה כדי לשפר את השירות נדרש להוסיף במרכזים אלה מיטות.

הבדיקה העלתה כי בשנת 2012 הופנו כמחצית מהמאושפזים במחלקת אף-אוזן-גרון הרפואי רמב"ם מהמיון, וכמחצית היו כאלה שאושפזו באופן מתוכנן (אלקטיבי). לעומת זאת, בלי להגדיל את תקן המיטות באותה העת - 12 מיטות, בשנת 2017 רק 7% מהמאושפזים במחלקה הופנו מהמיון ו-93% היו באשפוז מתוכנן. המשמעות היא שבשנת 2017 רמב"ם נתן מענה מהיר יותר לאשפוז מתוכנן של חולי אף-אוזן-גרון הזקוקים לביצוע פעולות כירורגיות.

שיפור זה נוצר תודות למנהל החדש שמונה למחלקה. הוא קבע כי חולים הפונים למיון ושבבדיקתם נקבע שמצבם אינו מצריך אשפוז מיידי והוחלט שהם יכולים לקבל טיפול בקהילה - ישוחררו מיד לביתם; פונים למיון שנקבע שהם זקוקים לניתוח שאינו דחוף, ישוחררו מהמיון ובידם הפנייה לקביעת תור לניתוח מתוכנן.

שינוי זה הביא לכך שתפוסת מחלקת אף-אוזן-גרון ברמב"ם התבססה בעיקרה על חולים מוזמנים ולא על חולים מקריים שהגיעו מהמיון. באופן זה עלתה תפוקת המחלקה, כיוון שעשתה יותר פעולות וניתוחים.

ציון כי מדוח פעילות שהכינה המחלקה לשנת 2017 עולה שהיקף משאביה - המיטות, הרופאים והאחיות - דומה לממוצע הארצי. לצד זאת עולה שההתייעלות לא באה על חשבון בטיחות המטופלים; בדוח צוין כי המחלקה נמצאת במקום הראשון מבחינת מספר החולים המטופלים בה, והם מהווים 22% מכלל החולים



נקיטת צעדי
התייעלות בבתי
החולים עשויה
לצמצם את הצורך
בתוספת מיטות,
ובפתיחת מחלקות או
יחידות חדשות

המנותחים במחלקות אא"ג בארץ. עוד צוין כי משך האשפוז קוצר, שיעור הניתוחים שהסתבכו נמוך וגם שיעור האשפוזים החוזרים נמוך⁷⁸.

מהאמור עולה שהחלטות ניהוליות מושכלות של התייעלות במחלקה בבית חולים אכן מאפשרות שלא לאשר תוספת מיטות או פתיחת מחלקה או יחידה נוספת. ראוי שהמשרד יבחן אפשרות להחיל פתרון זה גם במחלקות אחרות בעלות אופי פעילות המאפשר זאת. כמו כן על המשרד לפתח אמת מידה ליעילות המחלקה ולכלול אותה בין אמות המידה שישמשו אותו הן בבואו לקבוע את התוכנית האסטרטגית הלאומית למערכת האשפוז, והן ככלי נוסף שלפיו ייקבע האם לאשר בקשות לתוספת מיטות, לפתיחת מחלקות או יחידות חדשות.

המשרד השיב כי "הדוגמה היא פרטנית שאינה יכולה להשליך על כלל מחלקות אף אזור גרון, היות ויש שוני בין מאפייני בית החולים, זמינות חדרי הניתוח, תהליכי קביעת תורי הניתוח, עומסי מיון ועוד. הנושא נמצא בתחומי אחריות הנהלות בתי החולים ובפיקוח חטיבת המרכזים הרפואיים".

נוכח האפשרות ואף החובה, לנקיטת צעדי התייעלות בבתי החולים, ראוי שחטיבת הרפואה שבמשרד תקיים עבודת מטה לניתוח תהליכים מרכזיים בבתי החולים ובמוקדי פעילות שידוע שיש בהם עיכובים במתן השירות, כדי לבחון האם וכיצד ניתן לייעל אותם, תוך נקיטת צעדים פנימיים ושימוש במקורות מימון קיימים. הדוגמה שהובאה לעיל בנוגע למחלקת אף-אוזן-גרון שברמב"ם, מוכיחה כי הדבר אפשרי.

סיכום

במערכת האשפוז של בתי החולים בישראל מגוון של מחלקות ויחידות. למשרד הבריאות, כגורם-על שביכולתו לראות את צורכי הפיתוח בהיבט מערכתי-לאומי, תפקיד חשוב בעיצוב פני מערכת הבריאות בישראל. אחד מתפקידיו של המשרד הוא לאשר פתיחה של מחלקות או יחידות בבתי החולים, אולם למשרד אין תוכנית רב-שנתית שעוסקת בנושא זה. תוכנית כזו חיונית כדי להבטיח מתן טיפול רפואי נאות ושוויוני לכלל האוכלוסייה במדינה - במרכז הארץ כמו גם בפריפריה. ראוי שהתוכנית תלווה בעבודת מטה שתבחן את השינויים הדמוגרפיים ואת השינויים הטכנולוגיים הצפויים, וכן את כוח האדם הנדרש בכל מקצועות הבריאות הרפואיים, הפרה-רפואיים והסיעודיים.

התהליך בפועל של מתן אישור לפתיחת מחלקות ויחידות אינו פרי תכנון ארוך טווח, והגדלת מחלקות קיימות נעשית ללא בחינת מכלול השיקולים. כמו כן הפרוטוקולים של הפורומים המאשרים את הבקשות אינם מפורטים ואינם משקפים את הנאמר בדיון. משרד מבקר המדינה ציין כבר כמה וכמה פעמים כי המצוקה התקציבית במערכת הבריאות אינה מאפשרת להעניק את כל השירותים החיוניים באופן מלא, נגיש וזמין ובאיכות הראויה. מתמונת המצב העולה בביקורת ניכר שנוסף למצוקה התקציבית, פועלת מערכת הבריאות, לפחות בחלק מהמקרים שנבדקו, באופן לא מיטבי הגורם לבזבז משאבים.

על משרד הבריאות לגבש מתכונת נכונה ותוכנית אסטרטגית לתפיסת פיזור המתקנים הרפואיים בארץ, כך שיינתן מענה הולם, נגיש וזמין לכלל האוכלוסייה, בהתחשב במרחק הסביר לקבלת השירות, בהיקף הנזקקים לכל שירות ובעלויות הכרוכות בכך. עליו להתאים את הרישיונות שהעניק להפעלת בתי החולים - למצב בפועל; עליו לבחון בראייה כוללת ולאומית, האם המצב בפועל מספק כראוי את צורכי האוכלוסייה; ועליו לגבש תוכנית שתתקן את המצב ותאזן את היצע התשתיות אל מול הצרכים. היות שמדובר במהלך עמוק ונרחב, בעל השלכות בהיבטים פרסונליים, נדרשת בעניין זה מעורבות של ההנהלה הבכירה של המשרד וכן שיתוף של הנהלות בתי החולים, קופות החולים ומשרד האוצר. על מהלך כזה להתבסס על הנחות היסוד המתאימות: לראות את טובת הציבור, לשמור על תקציב המדינה ולמצותו ביעילות, וכן להבטיח כוח אדם איכותי.

נוכח השונות המובהקת בין מאות מוסדות האשפוז בישראל, האינטרסים השונים של כל בעלים ואף של כל בעל בית חולים בעצמו וריבוי הבעלויות, על משרד הבריאות להיות מאסדר נחוש והחלטי שבדין כלים בעלי ערך לאסדרה של בניית מערכת אשפוז נכונה, יעילה וצופה פני עתיד.