

שירותי הבריאות בפריפריה - בתי החולים והקהילה

תקציר

השימוש השגור במונח "פריפריה" נעשה לצורך הבחנה בין מרכז הארץ לאזורים מרוחקים, והוא טומן בחובו השלכות בנושאים שונים, בין היתר, קשיי נגישות לשירותים שהמדינה נותנת לתושביה, כמו שירותי בריאות, השכלה, תרבות ותעסוקה. המונח מתייחס גם להיבט כלכלי-חברתי; גם במרכז הארץ ימצאו מקומות שהאוכלוסייה בהם משתייכת למעמד סוציו-אקונומי נמוך, ולכן היא צורכת פחות שירותים, גם שירותי בריאות. השימוש המועט של אוכלוסיית הפריפריה בשירותי בריאות משפיע על נתוני הבריאות שלה, על פריון העבודה במשק, על אבדן ימי עבודה ועל הירידה בתוצר.

אוכלוסיית הפריפריה בכללותה במחוזות דרום וצפון מתגוררת בשטח המהווה כ-85% משטח המדינה; בסוף 2010 היא מנתה כ-2.4 מיליון תושבים, כ-870,000 מהם שייכים למגזר הערבי. אוכלוסייה זו צעירה יותר מאוכלוסיית מרכז הארץ, ורבים מתושביה משתייכים למעמד סוציו-אקונומי נמוך.

בשנים האחרונות נקטו משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) וקופות החולים (להלן גם - הקופות) צעדים חיוביים לצמצום אי-השוויון בתחום הבריאות בין הפריפריה למרכז. המשרד אף קבע שצמצום הפערים הוא אחד היעדים החשובים ביותר של מערכת הבריאות לשנים 2011-2012, והטמיע אותו בתכנית העבודה של אגפיו. גופים נוספים, כמו רשויות מקומיות בפריפריה והמשרד לפיתוח הנגב והגליל, משקיעים גם הם משאבים לצמצום הפערים. כמו כן, באוקטובר 2012 ציין לחיוב ארגון ה-OECD פעולות שונות שמשרד הבריאות נוקט לצמצום הפערים.¹

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-יולי 2012 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת בנושא שירותי הבריאות הניתנים בפריפריה לעומת השירותים המקבילים הניתנים במרכז הארץ. הביקורת נערכה במשרד ובארבע קופות חולים - שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). הסברים ומידע התקבלו מהמשרד לפיתוח הנגב והגליל, מרשויות מקומיות בפריפריה ומאנשי אקדמיה.

הביקורת התמקדה באזורי פריפריה מובהקים בדרום ובצפון הארץ הכוללים את בתי החולים הכלליים בפריפריה: הממשלתיים - המרכז הרפואי לגליל המערבי (להלן - נהרייה), המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה בטבריה (להלן - פוריה), המרכז

1 ראו:

OECD REVIEWS OF HEALTH CARE QUALITY: Israel, Executive Summary, Assessment and Recommendations, October 2012.

הרפואי זיו בצפת (להלן - זיו) והמרכז הרפואי ברזילי באשקלון (להלן - ברזילי); ושל הכללית - המרכז הרפואי העמק בעפולה (להלן - העמק), המרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע (להלן - סורוקה) והמרכז הרפואי יוספטל באילת (להלן - יוספטל).

נבדקו בעיקר הנושאים הבאים: התשתיות לאספקת שירותי הבריאות בפריפריה לעומת המרכז, קשיים בהפעלתם של בתי החולים הממשלתיים ושל בתי החולים של הכללית בפריפריה, כוח אדם רפואי וסיעודי, נתוני הבריאות, פעילות לצמצום הפערים, מוקדים רפואיים בפריפריה והכללת הפריפריה במקורות הכספיים של הקופות.

עיקרי הממצאים

נתוני בריאות נמוכים בפריפריה

קיימים הבדלים בנתוני הבריאות של תושבי הפריפריה לעומת תושבי המרכז ולעומת הממוצע הארצי. תוחלת החיים של תושבי הפריפריה קצרה יותר והתמותה (כללית ותינוקות) גבוהה יותר. בפריפריה נרשמים יותר מקרי מוות ממחלות הניתנות לטיפול מאשר במרכז הארץ. תושבי הפריפריה נוטים לחלות יותר בסוכרת. הם ממעטים לעשות בדיקות מונעות כמו בדיקה לגילוי מומים מולדים ובדיקת מי שפיר. הם ממעטים בפעילות גופנית, מעשנים יותר וסובלים מהשמנה. שביעות רצונם ממצבם הבריאותי נמוכה יותר מבמרכז².

מחסור בתשתיות רפואיות בפריפריה

1. מיטות אשפוז כלליות: שיעור המיטות הכלליות ל-1,000 נפש בפריפריה נמוך לעומת המרכז. לפי נתוני המשרד משנת 2010, במחוז תל אביב היה השיעור 2.48 ובמחוז מרכז - 1.97, לעומת 1.39 במחוז דרום ו-1.46 במחוז צפון. אף שיש שונות בנתוני הגיל של האוכלוסייה ובסוגי התחלואה בין האזורים, נתונים אלה אינם משוקללים בנתוני משרד הבריאות, ולכן ההשוואה שהמשרד עושה אינה מדויקת. מתשובת משרד האוצר למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2012 עלה כי לאחר

2 תוחלת חיים: משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו (2010), עמ' 34; תמותה כללית: הלמ"ס, שיעורי תמותה מתוקננים לגיל, לפי מחוז מגורים ממוצע 2006-2008; תמותת תינוקות: משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו (2010), עמ' 41; מקרי מוות ברי מניעה: משרד הבריאות, Mortality Amenable to Health Care, נחמה גולדברגר, ציונה חקלאי, מרץ 2012; סוכרת: הלמ"ס, לוח 11, סקר בריאות 2009; בדיקות מונעות: שימוש בבדיקות גנטיות ובדיקות הדמיה לאבחון טרום לידתי על ידי נשים הרות בישראל - דוח מסכם, משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות (2011); פעילות גופנית: הלמ"ס, לוח 25, סקר בריאות 2009; עישון: הלמ"ס, לוח 24, מעשנים כיום לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות, סקר בריאות 2009; השמנה: הלמ"ס, לוח 11, מדווחים על השמנת יתר לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות, סקר בריאות 2009; שביעות רצון - הלמ"ס, לוח 11, 24 ו-25, סקר בריאות 2009.

שהוא ביצע את ההתאמות הנדרשות בנתונים, שיעור מיטות אשפוז ל-1,000 נפש בישראל קרוב למקובל בכמה מהמדינות המתקדמות ביותר באירופה³.

2. מיטות אשפוז לשיקום גריאטרי ולשיקום כללי: במשך שנים רבות קיימים פערים במספר המיטות לשיקום גריאטרי ולשיקום כללי. לדוגמה, במחוז צפון יש מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית לכל 3,200 קשישים כאשר הממוצע הארצי הוא מיטה לכ-486 קשישים. עקב כך, חולים הזקוקים לשיקום נשלחים למקומות הרחוקים ממקום מגוריהם והמשפחות מתקשות לתמוך בהם במהלך האשפוז. עקב חסם המרחק, חלקם לא עוברים תהליך שיקום והופכים סיעודיים⁴.

השימוש בשירות רפואה מרחוק

משיחות של נציגי משרד מבקר המדינה עם בכירים במערכת הבריאות עלה שבמערכת הבריאות בכללותה (בתי החולים וכן חלק מקופות החולים) אין שימוש מספק בטכנולוגיה של רפואה מרחוק (Telemedicine)⁵. טכנולוגיה זאת מאפשרת לבצע אבחון, מעקב ומתן ייעוץ לטיפול קליני גם כאשר המטופל והיועץ הרפואי רחוקים זה מזה.

מקורות כספיים וקשיים תפעוליים של בתי החולים בפריפריה

המקורות הכספיים של בתי החולים הממשלתיים בפריפריה מתאגדי הבריאות⁶ שלהם מצומצמים לעומת המקורות הכספיים של בתי החולים במרכז. לכן, כמעט שאין ביכולתם להעסיק עובדים מחוץ לתקן. בתי החולים בפריפריה לא מקבלים מספיק תרומות, לכן הם משקיעים פחות בתשתיות בינוי. כמו כן, הכנסותיהם ממחקרים ומתיירות רפואית נמוכות יותר. בתי החולים בפריפריה פועלים ב"תרבות של מצוקה תקציבית" ובגירעונות תמידיים, הפוגעים בתפקודם התקין.

שחרור מתוכנן מאשפוז לטיפול בקהילה

הכללית כבר מפעילה בהצלחה תכנית של שחרור מתוכנן מאשפוז להמשך טיפול במרפאות הקהילה שעשויה לסייע, בין היתר, במניעת אשפוזים חוזרים, שכן, אשפוז

3 סוגיית המחסור לכאורה במיטות אשפוז כלליות הוצגה כבר בדוח שנתי 61 (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169. משרד האוצר טוען שאין צורך להוסיף הרבה מיטות ודרושים צעדי ייעול במערכת הבריאות ובעיקר במערך האשפוז. משרד מבקר המדינה העיר למשרדי הבריאות והאוצר שעליהם להגיע להסכמה בדבר השיעור הארצי של מיטות האשפוז הכלליות הרצוי ל-1,000 נפש.

4 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012), חלק ראשון, בפרק "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.

5 ראו גם משרד הבריאות, התאמת תשתיות שירותי הרפואה למגמות והתפתחות עתידיות, תכנית היישום לשנת 2012, נובמבר 2011, עמ' 20. בין היתר נאמר בתכנית היישום, שבמערכת הבריאות אין שימוש מספק בטכנולוגיות של טל-רפואה.

6 בכל בית חולים ממשלתי יש תאגיד בריאות המאוגד כעמותה שהיא ישות משפטית נפרדת מבית החולים. התאגיד מעסיק עובדים גם מבית החולים, ויש לו הכנסות ממתן שירותים רפואיים, מתרומות, ממחקרים ועוד. המשרד אחראי לפעילות התאגידים וביכולתו להגדיל את מסגרת פעילותם.

חולה המתגורר בפריפריה רחוק מביתו מקשה על משפחתו לתמוך בו במהלך האשפוז. אולם, משרד הבריאות החל לפעול בנושא רק באמצע 2012.

חיזוק מקצועי של בתי חולים קטנים

המשרד ובתי החולים העלו את הרעיון לאגד בתי חולים באשכולות כדי שישתפו פעולה ביניהם, כיוון שאשכול עשוי לחזק בתי חולים קטנים מהבחינה המקצועית. עד נובמבר 2012 לא נעשה דבר בעניין זה. המשרד טרם החליט מה המודל הראוי ליישום הרעיון, וממילא לא קידם את הנושא.

מחסור בכוח אדם בבתי החולים ובקהילה

בתי חולים: כבר כמה שנים שהמשרד יודע כי מתפתח מחסור לאומי ברופאים, בעיקר בפריפריה, אשר ישפיע על הטיפול בבתי החולים בטווח הבינוני והארוך. כיום כבר נרשם מחסור ברופאים מקצועיים מסוימים כמו רופאי טיפול נמרץ, ניאונטולוגים (רופאי פגים ויילודים) ורופאים מרדמיים⁷. כמו כן, בתי החולים בפריפריה מתקשים לגייס רופאים לתפקיד מנהלי מחלקות, בעיקר רופאים בכירים ("כוכבים").

קופות החולים: במרפאות של הקופות בפריפריה קיים מחסור חמור במיוחד ברופאי ילדים מומחים וברופאים בתת-המקצועות של רפואת ילדים, כמו נירולוגיה ונפרולוגיה. בנוסף, נרשם מחסור ברופאי נשים, ברופאי סוכרת וברופאים אורתופדים, ורוב השירות הרפואי ניתן בידי רופאים שאינם מומחים. בתי החולים והקופות מתחרים ביניהם על כל רופא מומחה. בשל המחסור ברופאים בפריפריה, זמני ההמתנה לביקור אצל רופא ולטיפולים רפואיים מתארכים למעלה מן הסביר וישנם שירותים שמופסקים⁸. בפריפריה יש גם מחסור באחיות, בפיזיותרפיסטים, בדיאטנים ובקלינאי תקשורת וכן בעובדים סוציאליים שמערכת הבריאות מעסיקה בקהילה.

הסכסוך של הרופאים: באוגוסט 2011 נחתם הסכם שכר עם הרופאים המעניק תוספות שכר ומענקים גדולים, עד 500,000 ש"ח, לרופאים העוברים לעבוד בבתי חולים ובקהילה בפריפריה. עד סיום הביקורת עברו כ-330 רופאים לעבוד בבתי החולים בפריפריה, אך ההסכם טרם הוחל על רופאי הקהילה. מנהלי בתי החולים פוריה, זיו ברזילי והעמק טענו שעדיין חסרים תקנים רבים בכל בית חולים. במועד סיום הביקורת התברר שיותר ממאה רופאים שעברו לעבוד בפריפריה קיבלו את המענקים שהובטחו להם באיחור של עד עשרה חודשים.

7 פתרון מסוים יינתן בעוד כמה שנים באמצעות רופאים שסיימו ללמוד בפקולטה לרפואה בגליל שהחלה לפעול בצפת בשנת 2011.

8 המחלקה האונקולוגית של סורוקה ובה 22 מיטות היא המחלקה היחידה המשרתת חולי סרטן במצב קשה באזור המשתרע מאשדוד עד אילת. ביולי 2012 עמדה המחלקה בסכנת סגירה בשל היעדר מתמחים לביצוע תורנויות הערב והלילה.

היעדר מידע רפואי לאומי עדכני במשרד הבריאות

המידע המצוי בידי משרד הבריאות בנוגע לתחלואה לפי משתנים חברתיים-כלכליים, לנתוני מיטות האשפוז למיניהן ולנתוני כוח האדם הרפואי לסוגיו אינו שלם ואינו משוקלל. יוצא אפוא שהמשרד מקבל את החלטותיו הנוגעות לצורך בהוספת מיטות אשפוז ובהגדלת כוח אדם רפואי, על בסיס מידע חלקי ובלתי משוקלל.

בית החולים ברזילי באשקלון

לבית החולים ברזילי באשקלון מאפיינים הדומים לבתי החולים בפריפריה הרחוקה יותר. מאפייניו מקבלים משנה תוקף מעצם היותו בקו עימות ביטחוני - מחסור ברופאים ותשתיות ישנות ביותר⁹ שאינן ממוגנות ועלולות להיפגע פגיעה קשה ממתקפות טילים. ביוני 2007 החליטה הממשלה להתחיל בפרויקט שדרוג ופיתוח של מחלקות לרפואה דחופה, של חדרי ניתוח ושל שטחי אשפוז ממוגנים, אך הפרויקט טרם הושלם. משרד הבריאות והנהלת ברזילי מעריכים כי צריך עוד כמה מאות מיליוני ש"ח להשלמתו.

בית החולים יוספטל באילת

בית החולים יוספטל באילת שייך לכללית. הוא נותן שירותים רפואיים לתושבים המתגוררים בעיר ובאזור, וכן לחיילים המשרתים באזור, לתיירים, למטיילים ועוד. בבית החולים 65 מיטות בלבד. בקיץ נאמד הכיסוי הרפואי שבית החולים נותן בכ-150,000 איש. בית החולים נדרש לעתים לטפל בעשרות פונים ויותר בו-זמנית.

1. גירעון כספי: בית החולים יוספטל נמצא בגירעון מתמשך של עשרות מיליוני שקלים בשנה, הנובע בעיקר מ"חסרון הקוטן" שלו, וזאת למרות התמיכה הכספית שהממשלה מעניקה לו. חלק מהגירעון מקורו בטיפול רפואי ללא כל כיסוי כספי, שניתן גם למטופלים שאינם מחזיקים בביטוח רפואי (כמו מסתננים), ובשל העובדה שצה"ל, לאומית ומכבי מפנים חולים למוקדים רפואיים פרטיים בעיר מסיבות כלכליות; מצב זה יוצר גם כפל של תשתיות ושל שירותים רפואיים. לבית החולים הוצאות רבות גם בגין מימון הטסתם של רופאים מומחים ממרכז הארץ והלנתם בבתי מלון וכן מימון העברת חולים באמבולנס או במסוק של חיל האוויר לסורוקה או למרכז הארץ (כולל פגים).

2. שירותים רפואיים מצומצמים: במקרים של אירועים מוחיים והתקפי לב יוספטל מעניק טיפול ראשוני, ואחר כך החולה מועבר לסורוקה בבאר שבע הנמצא במרחק של שעתיים וחצי נסיעה באמבולנס. ביוספטל לא פועלות יחידות רפואיות רבות, למשל צנתורים ופגייה; מנהל מחלקת אף אוזן גרון נאלץ לטפל גם בבעיות דנטליות משום שאין בנמצא כירורג פה ולסת. משרדי הבריאות והאוצר לא דנו עם הכללית בדבר השירותים שעליה לתת באילת.

9 ראו ברוח זה בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

3. בעיות בתחום העסקת הרופאים: מנהלי מחלקות ביוספטל מתלוננים על מחסור בכוח אדם רפואי. חלקם נאלץ לבצע כונויות רבות¹⁰.

שירותי בריאות נוספים (שב"ן) בפריפריה

קיימים פערים ניכרים בין שיעור עמיתי השב"ן במחוז צפון לעומת זה במרכז¹¹. מבוטחי הקופות תושבי הפריפריה ממעטים להפעיל את תכניות השב"ן שרכשו לעומת הפעלה מוגברת של תושבי תל אביב והמרכז, ובכך הם בעצם מסבסדים את תושבי המרכז ("כשל שוק"). עלה גם החשש שיש קופות המעדיפות להשקיע משאבים באזורים המבוססים מהבחינה הכלכלית, דהיינו במרכז הארץ, ולא בפריפריה.

הכללת הפריפריה בנוסחת הקפיטציה

נוסחת הקפיטציה היא נוסחה המשקללת כמה מקדמים, ועל פיה המדינה מחלקת לקופות החולים כ-30 מיליארד ש"ח בשנה - שחלק ממנו גובה המוסד לביטוח לאומי כמס בריאות. במהלך עדכונים שנעשו בנוסחת הקפיטציה (עדכון אחרון נעשה בשנת 2010), נוספו לה כמה מקדמים (בהם "מדד פריפריאליות" - ריחוק מריכוזי אוכלוסייה) שהביאו לידי שינוי בהקצאת המקורות הכספיים לקופות. בעקבות השינוי קיבלו שלוש קופות תוספת כספית; אולם הביקורת העלתה כי אין כל מנגנון הבדק אם חל שיפור במדדי בריאות שונים של האוכלוסייה בפריפריה. עוד עלה בביקורת כי בתחשיב החדש נוצר עיוות שכן ב"מדד הפריפריאליות" נכללו בדרום יישובים חזקים ומבוססים (עומר, מיתר ולהבים) ואילו יישובים חלשים (באר שבע, רהט והיישובים הלא-מוכרים בפזורה הבדואית) לא נכללו במדד זה.

סיכום והמלצות

אף ששירותי הבריאות במדינה צריכים להינתן על בסיס של שוויון, קיימים פערים ניכרים בין הפריפריה לעומת המרכז בתחום התשתיות ובתחום כוח האדם הרפואי לסוגיו, לרבות בבתי החולים. על המשרד לבחון את הדרכים שיש לנקוט כדי לצמצם את אי-השוויון בין בתי החולים בפריפריה לבתי החולים במרכז.

יש להגביר את השימוש בשירותי רפואה מרחוק. יש לשקלל את המידע שהמשרד מתבסס עליו בהחלטותיו, בגורמי התחלואה, בתחום מיטות האשפוז וכוח האדם לסוגיו. יש להבטיח שבית החולים ברזילי יפעל באופן מיטבי בשגרה ובעתות חירום. על המשרד והקופות לפעול כדי לשפר את מצבת כוח האדם במקצועות הבריאות בבתי החולים ובקהילה בפריפריה. על משרדי הבריאות והאוצר, בשיתוף עם הכללית, לבחון באופן יסודי את כלל צורכי הרפואה באילת ולתת להם מענה הולם. את בעיית כפל

10 רופא כונן - רופא מומחה הנמצא מחוץ לבית החולים והוא חייב להיענות באופן מידי לקריאה מבית החולים לאחר שעות הפעילות הרגילות.

11 עמיתי שב"ן - מבוטחי הקופות הרוכשים תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) המשלימות את השירותים הניתנים בסל שירותי הבריאות הבסיסי במסגרת ביטוח הבריאות הממלכתי.

התשתיות באילת יש לפתור מתוך בחינת הנושא בראייה לאומית רחבה. על משרדי הבריאות והאוצר ועל הקופות לבחון את כלל התופעות שעלו בעניין עמיתי השב"ן בפריפריה באופן שתכניות השב"ן לא יביאו את הקופות לידי הקצאת משאבים קטנה יותר בפריפריה.

קבלת שירותי בריאות שווים באיכותם בפריפריה עשויה גם לסייע לפיזור האוכלוסייה בארץ. לחברה יש מחויבות לאזרחיה, והיא אמורה לאפשר להם לממש את הפוטנציאל הבריאותי שלהם. צמצום אי-השוויון בתחום הבריאות ייטיב עם משק המדינה גם מהבחינה הכלכלית ולשם כך ראוי לבחור כמה דרכי פעולה, לבחור את המתווה ההולם ולהקצות לכך מקורות תקציביים הולמים. שילוב כוחות בין כלל הגורמים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה יעצים את יכולת התמודדותם של משרד הבריאות, של בתי החולים ושל קופות החולים עם הפערים - התמודדות שיש לראות בה משימה לאומית.



מבוא

1. השימוש השגור במונח "פריפריה" מתייחס להיבט הגאוגרפי בדרך כלל, ונעשה לצורך הבחנה בין מרכז הארץ לאזורים מרוחקים¹². המונח במשמעו זה טומן בחובו השלכות בנושאים שונים, בין היתר, קשיי נגישות לשירותים שהמדינה נותנת לתושביה, כמו שירותי בריאות, השכלה, תרבות, תעסוקה ומסחר, וקושי לנצל ביעילות רבה את השירותים השונים. השירותים הם שירותים בסיסיים המשפיעים באופן מהותי על רמת החיים ועל שגרת היום יום - ובפריפריה הם נגישים הרבה פחות. הנגישות אינה קשורה רק למרחק פיזי מהמרכז, אלא היא נמדדת גם ביכולת לגשר על מרחק כזה ועל רמת איכות השירות הן במובן התשתיתי-אזורי והן מבחינת הפרט ואמצעיו.

המונח "פריפריה" רחב¹³ והוא חורג מעבר להיבט הגאוגרפי. הוא כולל גם את ההיבט הכלכלי-חברתי; גם במרכז הארץ יימצאו מקומות המאופיינים באוכלוסייה שמעמדה הסוציו-אקונומי נמוך והיא צורכת פחות שירותים, גם שירותי בריאות, אף שהיא זכאית לקבלם באופן שווה. השימוש המועט בשירותי בריאות משפיע על נתוני הבריאות של האוכלוסייה האמורה, על פיריון העבודה במשק, על אבדן ימי עבודה ועל הירידה בתוצר.

אוכלוסיית הפריפריה בדרום הארץ ובצפונה מנתה בסוף 2010 כ-2.4 מיליון תושבים, כ-870,000 מהם משתייכים למגזר הערבי. אוכלוסייה זו צעירה מאוכלוסיית מרכז הארץ, רבים ממנה משתייכים למעמד סוציו-אקונומי נמוך ונתוני הבריאות שלה נמוכים¹⁴. נושא הפערים החברתיים (לרבות אי-השוויון) עומד במרכז סדר היום החברתי, וסוגיית הפערים בתחום הבריאות עלתה לסדר היום כמה וכמה פעמים בשנים האחרונות בדוחות השנתיים שפרסם משרד מבקר המדינה. דוחות אלה עסקו במחסור בכוח אדם רפואי¹⁵, במצוקת האשפוז בבתי החולים הכלליים¹⁶, בצורך להקצות

- 12 התפתחויות שונות כגון התפתחות תעבורתית יכולה לשנות מצב זה.
- 13 הפריפריה מציינת בדרך כלל את השוליים הנמוכים, לפי הגדרת עניינים זו או אחרת, של משתנה רלוונטי אחד או יותר.
- 14 נתונים כמו תוחלת חיים קצרה יותר ותמותה (כללית ותינוקות) גבוהה יותר.
- 15 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355.
- 16 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

משאבים כספיים לבריאות במסגרת נוסחת הקצאת המקורות (קפיטציה)¹⁷, בפעילות המועטה של יחידות לביקורי בית של קופות החולים¹⁸ ובהיעדר מקומות שיקום רפואי לקשישים¹⁹. הנושא נדון גם בכנסת בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות.

בשנים האחרונות נקטו משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) וקופות החולים (להלן גם - הקופות) צעדים לצמצום אי-השוויון הקיים בתחום הבריאות בין הפריפריה למרכז. המשרד אף קבע צמצום הפערים הוא אחד מהיעדים החשובים ביותר של מערכת הבריאות לשנים 2011-2012, והטמיע אותו בתכנית העבודה של אנפיו. גם גופים אחרים (כמו רשויות מקומיות בפריפריה והמשרד לפיתוח הנגב והגליל) משקיעים משאבים לצמצום הפערים. כמו כן, באוקטובר 2012 ציין לחיוב ארגון OECD פעולות שונות שהמשרד נוקט לצמצום הפערים²⁰.

2. בחודשים פברואר-יולי 2012 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת בנושא שירותי הבריאות הניתנים בפריפריה לעומת אלה הניתנים במרכז הארץ. הביקורת התמקדה באזורי פריפריה מובהקים בדרום ובצפון - כל היישובים הממוקמים צפונית לחיפה ומזרחית לה והיישובים באזור באר שבע ובדרום הארץ. אזורי הפריפריה שנבדקו כוללים גם את מחוזות דרום וצפון של ארבע קופות החולים - שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית) - המפעילות שירותי בריאות בקהילה ומתקשרות בהסכמים כלכליים עם כל בתי החולים בפריפריה.

נבדקו בעיקר הנושאים הבאים: התשתיות לאספקת שירותי הבריאות בפריפריה לעומת המרכז, קשיים בהפעלתם של בתי החולים הממשלתיים ושל בתי החולים של הכללית בפריפריה, כוח אדם רפואי וסיעודי, נתוני הבריאות, פעילות לצמצום הפערים, מוקדים רפואיים בפריפריה והכללת הפריפריה במקורות הכספיים של הקופות.

הביקורת נערכה במשרד ובארבע הקופות. הביקורת כללה את בתי החולים הכלליים בפריפריה: הממשלתיים - המרכז הרפואי לגליל המערבי (להלן - נהרייה), המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה בטבריה (להלן - פוריה), המרכז הרפואי זיו בצפת (להלן - זיו) והמרכז הרפואי הממשלתי ברזילי באשקלון (להלן - בית החולים ברזילי או ברזילי)²¹; ושל הכללית - המרכז הרפואי העמק בעפולה (להלן - העמק), המרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע (להלן - סורוקה) והמרכז הרפואי יוספטל באילת (להלן - בית החולים יוספטל או יוספטל)²². הסברים ומידע התקבלו מהמשרד לפיתוח הנגב והגליל, מרשויות מקומיות בפריפריה ומאנשי אקדמיה.

17 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012) חלק ראשון, בפרק "חלוקת המקורות הכספיים בין הקופות - מעקב מורחב", עמ' 427.

18 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

19 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012) חלק ראשון, בפרק "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.

20 OECD REVIEWS OF HEALTH CARE QUALITY: Israel, Executive Summary, Assessment and Recommendations, October 2012.

21 למרות מיקומו מצפון לבאר שבע נכלל ברזילי בביקורת, בעיקר מהסיבות האלה: משרד הבריאות הגדיר אותו כבית חולים פריפריאלי; מיקומו מציב אותו בקו עימות ביטחוני; וקיומן של תלונות הנוגעות לתשתיות הפיזיות הישנות ולמחסור הקשה בכוח אדם.

22 לעומת שאר בתי החולים בפריפריה בית החולים יוספטל הממוקם בקצה הארץ הוא ייחודי בגלל הבעיות המיוחדות שלו, ובעיקר מפאת היותו בית חולים קטן במיוחד (65 מיטות).

נתוני בריאות בפריפריה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות), קובע כי ביטוח הבריאות יושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. לכן, יש לשאוף לשוויון בשירותי הבריאות הניתנים בפריפריה ובמרכז. להלן הממצאים שהעלתה הביקורת בנושא:

הבדלים בנתוני הבריאות: הבדיקה העלתה שתוחלת החיים של תושבי הפריפריה קצרה יותר והתמותה (כללית ותינוקות) גבוהה יותר. בפריפריה נרשמים יותר מקרי מוות ממחלות הניתנות לטיפול. תושבי הפריפריה נוטים לחלות יותר בסוכרת. הם ממעטים לעשות בדיקות מונעות כמו בדיקה לגילוי מומים מולדים ובדיקות מי שפיר. הם ממעטים בפעילות גופנית, מעשנים יותר וסובלים מהשמנה. שביעות רצונם ממצבם הבריאותי נמוכה הרבה יותר מבמרכז²³.

להלן כמה דוגמאות להבדלים מרכזיים בנתוני הבריאות:

תוחלת החיים: בשנת 2009 עמד הממוצע הארצי של תוחלת החיים בישראל על כ-81.6 שנה. באותה שנה הייתה תוחלת החיים במחוזות מרכז ותל אביב 79.7 ו-79.5 שנה, בהתאמה, ואילו במחוזות צפון ודרום היא הייתה 77.9 ו-77.3 שנה בהתאמה²⁴.

התמותה הכללית: סך כל שיעורי התמותה המתוקננים ל-100,000 נפש בישראל בממוצע השנים 2006-2008 היה 567. במחוזות דרום וצפון שיעור התמותה היה 610 ו-620, בהתאמה, ואילו במחוזות מרכז ותל אביב²⁵ היה שיעור התמותה 525 ו-557, בהתאמה.

תמותת תינוקות: בשנת 2009 עמד שיעור תמותת התינוקות בישראל על כארבעה מקרי מוות לאלף לידות חי. באותה שנה עמד שיעור זה במחוזות מרכז ותל אביב על 5.0 ו-5.8, בהתאמה; לעומת שיעור הרבה יותר גבוה במחוזות דרום וצפון - 8.5 ו-9.2, בהתאמה²⁶.

מקרי מוות שניתן למנוע: לדעת המשרד יש מקרי מוות שונים מיותר מ-30 מחלות (כמו סרטן שונים, מוות בלידה, זיהומים, סוכרת, אפילפסיה וניתוחי שבר) שניתן היה למנוע אותם (Mortality Amenable) לו החולה היה מקבל טיפול רפואי זמין ומיטבי. בשנת 2012 הציג המשרד נתונים על מקרי מוות כאלה בשנים 2007-2009. מהנתונים עלה כי במחוזות צפון ודרום נרשם ממוצע של 81 מקרי מוות ל-100,000 איש, ואילו במחוזות מרכז ותל אביב נרשמו 66 מקרים כאלה²⁷.

23 **תוחלת חיים:** משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו (2010), עמ' 34; **תמותה כללית:** הלמ"ס, שיעורי תמותה מתוקננים לגיל, לפי מחוז מגורים ממוצע 2006-2008; **תמותת תינוקות:** משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו (2010), עמ' 41; **מקרי מוות ברי מניעה:** משרד הבריאות, Mortality Amenable to Health Care, נחמה גולדברגר, ציונה חקלאי, מרץ 2012; **סוכרת:** הלמ"ס, לוח 11, סקר בריאות 2009; **בדיקות מונעות:** שימוש בבדיקות גנטיות ובדיקות הדמיה לאבחון טרום לידתי על ידי נשים הרות בישראל - דוח מסכם, משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות (2011); **פעילות גופנית:** הלמ"ס, לוח 25, סקר בריאות 2009; **עישון:** הלמ"ס, לוח 24, מעשנים כיום לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות, סקר בריאות 2009; **השמנה:** הלמ"ס, לוח 11, מדווחים על השמנת יתר לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות, סקר בריאות 2009; **שביעות רצון -** הלמ"ס, לוח 11, 24 ו-25, סקר בריאות 2009.

24 משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו (2010), עמ' 34.

25 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעורי תמותה מתוקננים לגיל, לפי מחוז מגורים ממוצע 2006-2008.

26 משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו (2010), עמ' 41.

27 משרד הבריאות, Mortality Amenable to Care, נחמה גולדברגר, ציונה חקלאי, מרץ 2012.

לפי התפיסה של ארגון הבריאות העולמי המקובלת גם בישראל, הבדלים במאפיינים גנטיים (כמו נישואי קרובים) ופערים בהשכלה, בהכנסה ובתרבות משפיעים גם הם על פערים בריאותיים. לכן, אי-אפשר להטיל את האחריות לאי-השוויון ולצמצומו על המשרד לבדו. עם זאת, פעילות מניעה מוגברת, הגדלת מספר השירותים, שדרוגם והנגשתם מסייעים בצמצום הפערים; מאחר שאת הפעולות האלה עושה מערכת הבריאות, הן מצויות בתחום אחריותו של המשרד.

מחסור בתשתיות רפואיות בפריפריה

התשתיות הרפואיות שנבדקו בביקורת זו הן: מיטות אשפוז כלליות בבתי החולים הכלליים (לאשפוז רגיל), מיטות אשפוז בבתי חולים לשיקום גריאטרי ולשיקום כללי²⁸ וטכנולוגיות רפואיות כמו מכשור רפואי מיוחד לבדיקות ולטיפולים. כל תשתית טומנת בחובה היבט כספי ניכר שיש לתקצבו; ראשית נדרשת הוצאה כספית חד-פעמית לבנייה או לשיפוץ תשתיות ולרכישת הציוד והטכנולוגיות. לאחר מכן נדרשת הוצאה כספית שוטפת לאחזקה ולמימון כוח האדם המועסק. עיקר ההוצאה הוא מימון שוטף של כוח האדם הרפואי, הסיעודי והטכנולוגי לאורך השנים.

הקופות מספקות שירותים רפואיים יום יומיים בקהילה - במרפאות שלהן או במרפאות של רופאים עצמאיים המספקים להן שירותים רפואיים. הקופות שולחות לבתי החולים השונים (כלליים, פסיכיאטריים ואחרים) את החולים הזקוקים לטיפול רפואי שאינו ניתן בקהילה. בתי החולים נותנים את השירותים הרפואיים במסגרות של אשפוז ואשפוז יום, במחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון) ובמרפאות שונות - בין השאר באמצעות טכנולוגיות ומכשור רפואי. על סמך נתוני המשרד, ערך משרד מבקר המדינה השוואה בין המרכז לפריפריה בנוגע לנתונים של כלל מיטות האשפוז הכלליות ושל כלל מיטות האשפוז בבתי חולים לשיקום גריאטרי ולשיקום כללי.

הבדיקה העלתה שבפריפריה יש פחות מיטות אשפוז כאלה.

מיטות אשפוז

הנתון של שיעור מיטות אשפוז ל-1,000 נפש כשהוא משוקלל לגיל האוכלוסייה ולנתוני התחלואה באזור מסוים, מעיד אם יש כמות מספיקה של מיטות אשפוז באותו אזור. מיטת אשפוז משמעה גם הקצאת כוח אדם רפואי, סיעודי ואחר לטיפול בחולה. אם כמות מיטות האשפוז לא מספיקה ויש יותר חולים הזקוקים לאשפוז, מוצבות מיטות נוספות במחלקות האשפוז הקיימות ונתוני האשפוז מגיעים ליותר מ-100 אחוזי תפוסה. במצב כזה, מאושפזים באותו מקום בצפיפות יותר חולים, לעתים גם במסדרונות המחלקה ובמטבחונים, ומטפל בהם אותו היקף כוח אדם שתוכנן מלכתחילה לטפל בפחות חולים.

מיטות אשפוז בבתי חולים כלליים: 1. בשנת 2009 עמד השיעור הארצי של מיטות אשפוז ל-1,000 נפש על כ-2. נתון זה נמוך מהשיעור הממוצע במדינות החברות בארגון

28 מיטות אשפוז כלליות לצורך אשפוז רגיל יש רק בבתי החולים הכלליים. מיטות אשפוז אחרות, לצרכים כמו שיקום גריאטרי, יש בעיקר בבתי חולים שיקומיים או סיעודיים.

ה-OECD - 2013²⁹. בשנת 2010 עמד השיעור על כ-1.9³⁰. לטענתו של משרד האוצר, משרד הבריאות לא כלל בחישוביו כמה פרמטרים; למשל, הפערים באחוז הקשישים באוכלוסייה שבישראל לעומת אחוז הקשישים במדינות ה-OECD. מתשובת משרד האוצר מנובמבר 2012 למשרד מבקר המדינה עלה שלאחר שהוא ביצע את ההתאמות הנדרשות בנתונים, שיעור המיטות ל-1,000 נפש בישראל קרוב למקובל בכמה מהמדינות המתקדמות ביותר באירופה.

אשר לשיעור המיטות במחוזות השונים, לפי נתוני המשרד לשנת 2010 עמד שיעור זה במחוז תל אביב על 2.48 ובמחוז מרכז 1.97; לעומת זאת, במחוזות דרום וצפון עמד השיעור על 1.39 ו-1.46, בהתאמה. מדובר אפוא בכמות קטנה במיוחד של מיטות אשפוז במחוזות צפון ודרום ולאורך שנים רבות. יש לציין שבין הפריפריה למרכז קיימת שונות, לעתים גבוהה, בגיל ובתחלואה. יוצא אפוא שהתמונה העולה מנתוני המשרד אינה מדויקת (ראו להלן בפרק "היעדר מידע רפואי לאומי עדכני הדרוש לקבלת החלטות במשרד").

2. נושא מצוקת האשפוז כבר נבדק בעבר בדוח הביקורת שפרסם משרד מבקר המדינה במאי 2011³¹. הדוח הציג את התכנית של משרד הבריאות משנת 2005, ולפיה יש להוסיף 3,646 מיטות אשפוז עד שנת 2015 בבתי החולים הקיימים ובבתי חולים חדשים שייבנו. יצוין כי משרד האוצר טען בפני משרד מבקר המדינה שאין צורך בהוספת מיטות אשפוז, אלא דרושים צעדי ייעול במערכת הבריאות, ובעיקר במערך האשפוז. משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות והאוצר שעליהם להגיע להסכמה בדבר שיעור מיטות האשפוז הדרוש ל-1,000 נפש. באותה שנה התקבלה החלטת ממשלה³² להוסיף 960 מיטות אשפוז בתוך שש שנים, ועל פי התחשיב שקבעה ההחלטה יועדו 442 מהן לפריפריה.

מנתונים שמסר המשרד בתשובתו מנובמבר 2012 למשרד מבקר המדינה עולה שבשנים 2011-2012 נוספו 125 מיטות אשפוז בבתי חולים בפריפריה מכלל 375 המיטות שנוספו בכל בתי החולים בארץ. המשרד הסביר כי פתיחת מיטות כרוכה בתהליכים מסוימים כמו הכנת תשתיות וגיוס כוח אדם.

מיטות אשפוז לשיקום גריאטרי ולשיקום כללי: בנוסף למחסור הארצי לאורך שנים במיטות לשיקום גריאטרי³³ ובמיטות לשיקום כללי³⁴, קיימים במשך השנים פערים בין הפריפריה למרכז במספר המיטות האלה והתפוסה בהן גבוהה. לדוגמה, בדוח שנתי 62 שפורסם במאי 2012 נאמר כי במחוז הצפון יש על כל 3,200 קשישים מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית כאשר הממוצע הארצי הוא מיטה לכ-486 קשישים.

29 משרד הבריאות, השוואת בינלאומיות של מערכות הבריאות: ארצות ה-OECD וישראל - 2009, יוני 2011; ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

30 משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2010, חלק א, מגמות באשפוז, עמ' 40.

31 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), עמ' 169.

32 החלטה מס' 2917 מיום 27.2.11.

33 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012), חלק ראשון, עמ' 283 ו-296.

34 בפריפריה יש מיטות ספורות בלבד לשיקום כללי (0.004 לעומת 0.099 במרכז). ראו משרד הבריאות, תחום מידע ומיחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל (2010), חלק ב, עמ' 30.

כאשר חסרות מיטות אשפוז במחלקות השיקום, חולים הזקוקים לשיקום נשלחים למקומות הרחוקים ממקומות מגוריהם, והמשפחות מתקשות לתמוך בחולה המאושפז. קיימים מקרים שקשישים הופכים לחולים סיעודיים משום שלא עברו תהליך שיקום, בין היתר, עקב רצונן של קופות החולים להעבירם למקומות מרוחקים לצורך שיקומם.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד שעליו לפעול להוספת מיטות אשפוז במחלקות השיקום בפריפריה.

בתשובתו מנובמבר 2012 הודיע המשרד כי בשנים 2013-2014 ייפתחו בפריפריה, בצפון ובדרום, כ-200 מיטות שיקום (51 מהן לשיקום כללי בדרום).

תשתיות בריאות פרטיות בפריפריה: התשתיות הפרטיות מעניקות מענה רפואי משלים במקרים שצריך להמתין זמן רב בגלל תורים ארוכים או שיש לבחור רופא מנתח וכדומה. מתמונת המצב עולה שבמרכז הארץ מוצע שפע של שירותי בריאות פרטיים במסגרות השונות של בתי החולים, של המרפאות ושל מרפאות הרופאים העצמאיים; לעומת זאת, בפריפריה (בעיקר בצפון) כמעט שאין מוצעים שירותי בריאות פרטיים, לכן תושבי הפריפריה מוגבלים ביכולתם לקבל חלופות לטיפולם שהם נזקקים להם.

טכנולוגיות מתקדמות לטיפול בחולים

תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד-1994, קובעות שלצורך הצבת מכשירים רפואיים שונים, כמו MRI ומאיצים קוויים³⁵, יש צורך ברישיון ממשרד הבריאות.

לפי נתוני המשרד מאוקטובר 2010, באותה עת היו בכל בתי החולים בארץ עשרה מכשירי MRI, ומהם מכשיר נייד אחד בסרוקה ומכשיר נייד אחד ששירת את בתי החולים זיו, נהרייה והעמק בצפון ואת הלל יפה בחדרה. באותו מועד היו בארץ 21 מאיצים קוויים³⁶ ומהם שלושה בלבד בסרוקה.

באזורים שאין בהם מיכשור כזה, החולים (לרבות קשישים) נאלצים להיטלטל בתחבורה ציבורית או ברכבם במשך שעות כדי לבצע את הבדיקות או לקבל את הטיפולים (טיפולי מאיץ קווי לחולי סרטן ניתנים לעתים שלוש פעמים בשבוע ויותר).

בשנים 2010-2011 פעלו משרדי הבריאות והאוצר להוספת מכשירים מיוחדים ולסיוע במימון רכישתם. בעקבות יזמה זו, עד ספטמבר 2012 כבר החלו לפעול בפריפריה (בנוסף לסרוקה) שלושה מכשירי MRI חדשים נוספים מבין הארבעה שנועדו להתווסף³⁷. המשרד מסר למשרד מבקר המדינה כי הוא פועל לרכישת שני מכשירים נייחים נוספים - אחד לזיו ואחד לפוריה. אשר למאיץ הקווי, זיו קיבל אישור לרכוש מכשיר אחד והמשרד התחייב לממן כ-10 מיליון ש"ח מעלותו

35 MRI משמש לדימות הגוף והוא גם כלי עזר לפני ביצוע פעולות פולשניות; מאיץ קווי משמש לטיפול בחולים במחלות ממאירות באמצעות סדרת טיפולים.

36 על פי מדיניותו של משרד הבריאות מכשירים אלה נדרשים ב"מרכזי על", דהיינו בתי חולים המציעים לנפגעי טראומה את רמת השירות האיכותית ביותר החל מזמינות התשתיות דרך שירותים רפואיים וכלה בכוח אדם רפואי וסיעודי.

37 אחד נייח בנהרייה ושני ניידים - אחד באזור הדרום לרבות אילת, והאחר משותף לבית חולים העמק ולבית חולים בנצרת.

(כ-57 מיליון ש"ח כולל בנייה וציוד נלווה) ולשם כך פרסם מכרז לרכישתו. המשרד הוסיף כי הוא בוחן את האפשרות לאשר רכישת מאיץ קווי גם לבית חולים העמק.

השימוש בשירות רפואה מרחוק

1. רפואה מרחוק (Telemedicine) היא טכנולוגיית תקשורת ומידע מתקדמת, שאינה מאפשרת אמנם לבצע בדיקה פיזית ממשית של המטופל, אך מאפשרת לבצע אבחון, מעקב ומתן ייעוץ לטיפול קליני גם כאשר המטופל והיועץ הרפואי רחוקים זה מזה. הטיפול נעשה באמצעות מצלמות המאפשרות שיחות ועידת וידאו בין הגורם המייעץ או המטפל (רופא או עובד מקצועי או עובד פארה-רפואי) לגורם המקבל ייעוץ (חולה או רופא ראשוני או אחות). ניתן למצוא גם אמצעים פשוטים יותר, כמו אקו-פקס³⁸, המאפשרים אבחון מרחוק. כנס ים המלח 2010³⁹ דן בחשיבות השימוש ברפואה מרחוק במערכת הבריאות⁴⁰.

מכבי משתמשת באופן ניכר באמצעי זה במקומות מרוחקים. רופאי בתי החולים סורוקה ויוספטל, שניהם בבעלות הכללית, נוהגים לערוך התייעצות מקוונת משותפת לצורך אבחון מהיר של שבץ מוחי אצל חולים ביוספטל, וקובעים יחד אם יש להתחיל טיפול בתרופה מיוחדת להמסת קריש הדם כבר במהלך הסעת החולה באמבולנס לסורוקה. מכבי מפעילה מוקד אבחון לתחומי סוכרת, גסטרו, דיאטה, פסיכיאטריה, רוקחות קלינית ולחניכת פיזיותרפיסטים. המוקד ממוקם בתל אביב והוא מאבחן מקרים שונים מרחבי הארץ, כולל אבחון חולים מהפריפריה⁴¹.

2. רפואה מרחוק יכולה לסייע לבתי החולים בפריפריה לייצר שיתופי פעולה עם בתי החולים במרכז. במאי 2012 פרסם המשרד אמות מידה ונהלים למתן מרחוק של שירותי בריאות. החוזר חל על כל בתי החולים⁴².

38 בדיקת אקו לב הנעשית במקום אחד ומועברת בפקס למקום אחר לצורך אבחון.
 39 כנס שמקיים מדי שנה המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, בסוגיות מרכזיות בנושאי בריאות העומדות על סדר היום.
 40 המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר), מערכת הבריאות בעידן הדיגיטלי, כנס ים המלח ה-11, מאי 2010.
 41 ביולי 2012 הפעילה מכבי מוקד טלה-רפואה במרכז הרפואי שיבא לכ-3,000 חולים הסובלים מאי-ספיקת לב, חולים הסובלים מאי-ספיקת ריאות עם קשיי נשימה חמורים, חולי סוכרת בשבועות הראשונים לתחילת הטיפול באינסולין, וחולים המרותקים לביתם. עד יולי 2013 מכבי מתכננת לטפל בכ-10,000 חולים באמצעות המוקד. מדובר בפרויקט האמור להיטיב עם החולים, וכך גם להקטין את מספר הפניות לחדרי המיון ולמנוע אשפוזים בבתי החולים, ובכך לחסוך במשאבים יקרים.
 42 חוזר מינהל רפואה מס' 15/2012 - "אמות מידה להפעלת שירותי בריאות מרחוק (טלה-בריאות / טלה-רפואה / Telemedicine)", מיום 20.5.12.

3. ההסתייעות ברפואה מרחוק היא יזמה ברוכה, אם כי יש להדגיש שרפואה מרחוק אינה תחליף לבדיקות ואבחונים שעל הרופאים לבצע פיזית עם החולה. אולם בהיעדר שירותי רפואה שונים במקומות מרוחקים, שירות זה עשוי לשפר את המענה הרפואי. משיחות של נציגי משרד מבקר המדינה עם בכירים במערכת הבריאות עלה שבמערכת הבריאות בכללותה (בתי החולים וכן חלק מקופות חולים) אין שימוש מספק בטכנולוגיה זר⁴³.

משרד מבקר המדינה ממליץ לכל בתי החולים ולכל הקופות לבחון את האפשרויות להשתמש ברפואה מרחוק. שימוש בטכנולוגיה הזאת יאפשר שיתופי פעולה בין בתי החולים בפריפריה לאלה שבמרכז, וגם בין המרפאות של הקופות בפריפריה ומרפאותיהן המקצועיות ובין בתי החולים. שיתופי פעולה כאלה ישפרו את השירות הרפואי המוצע לחולים, יסייעו במניעת אשפוזים מיותרים ובהקלת העומס בחדרי המיון ויביאו לידי חיסכון בעלויות. עם זאת יש להקפיד שהשימוש ברפואה מרחוק לא יגביר את אי-השוויון בבריאות ולא ייצור שני סוגי מעמדות של חולים - חולים במרכז שיטפלו בהם רופאים וחולים בפריפריה שיאובחנו ויטופלו באמצעות רפואה מרחוק.



ראויה לציון ההעדפה המתקנת שנקט באחרונה משרד הבריאות כלפי הפריפריה בתחום המכשור הרפואי הדורש רישוי, ועל כך שקבע אמות מידה ונהלים למתן מרחוק של שירותי בריאות בניסיון לשפר את רמת השירות הניתן בפריפריה.

מקורות כספיים וקשיים תפעוליים של בתי החולים בפריפריה

הכנסותיהם של בתי חולים מגיעות בעיקר מטיפול במבוטחיהן של קופות החולים; בנוסף, הם מתקיימים גם ממקורות כספיים חיצוניים כמו תרומות, תיירות רפואית ומחקרים. רמת הכנסות של בתי החולים במרכז מאפשרת להם לרוב לפעול ברמה סבירה. לעומת זאת, בתי החולים בפריפריה פועלים בתרבות של מצוקה תקציבית ובגירעונות תמידיים, הפוגעים בתפקודם התקין. להלן דוגמאות אחדות למקורות כספיים ולהשפעתם על מצב בתי החולים הממשלתיים בפריפריה לעומת המרכז⁴⁴:

1. (א) תרומות: ליד כל בית חולים יש "אגודת ידידים" המגייסת תרומות לפעילותו⁴⁵. חלק מהתרומות מתקבלות גם בתאגידי הבריאות המאוגדים כעמותות שהן ישויות משפטיות

43 ראו גם משרד הבריאות, התאמת תשתיות שירותי הרפואה למגמות והתפתחות עתידיות, תכנית היישום לשנת 2012, נובמבר 2011, עמ' 20. בין היתר נאמר בתכנית היישום, שבמערכת הבריאות אין שימוש מספק בטכנולוגיות של טלה-רפואה.

44 הסכומים לקוחים מתוך דוח פיננסי 2010 במרכזים הרפואיים הכלליים, משרד הבריאות, יולי 2011; וכן מהודעותיהם של בתי החולים.

45 אגודות הידידים הן עמותות שאינן גופים מבוקרים.

נפרדות מבתי החולים⁴⁶. תקציבי התרומות משמשים בעיקר לשיפור תשתיות למיניהן. מאחר שבתי החולים בפריפריה ממעטים לקבל תרומות, הם לא יכולים לממן פעולות רבות לשיפור תשתיותיהם⁴⁷. למשל, בשנת 2010 גייס כל אחד מבתי החולים בפריפריה כמה מיליוני שקלים, לעומת כמה מאות מיליוני שקלים שגייסו בתי החולים במרכז.

מאחר שבתי החולים במרכז מקבלים הרבה יותר תרומות, יש להם יותר אפשרויות לבנות תשתיות חדשות או לשפר תשתיות קיימות⁴⁸. תקציבי הפיתוח של המשרד אמנם מופנים ברובם לבתי חולים שמקבלים מעט תרומות, אך לרוב מדובר בסכומים קטנים יחסית לסכומים העומדים לרשות בתי החולים במרכז המגייסים תרומות. הפערים בגובה התרומות שבתי החולים מקבלים מקבעים יותר ויותר את אי-השוויון בין המרכז לפריפריה.

כבר בשנת 2011 העיר משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות כי אחת הדרכים לצמצום הפערים היא בניית מאגר כללי של תרומות שמשרד הבריאות יקצה לפי הצרכים השונים ועל פי סדרי העדיפויות של מערכת הבריאות בכללותה. דרך נוספת היא להעביר למשרד הבריאות אחוז מסוים מסכומי התרומות המתקבלות במרכזים הרפואיים במרכז הארץ, והוא יחלק אותו לבתי החולים בפריפריה על פי הצרכים וסדרי העדיפויות.

המשרד לא פעל בנושא זה, למעט טיוטת חוזר שהכין בנושא בשנת 2011. על המשרד לבחון את הדרכים שיאפשרו את צמצום אי-השוויון במקורות הכספיים בין בתי החולים בפריפריה לאלה במרכז, בשם לב לזהירות הנדרשת בהקצאת כספי תורמים שיועדו למטרות מוגדרות.

(ב) הפעילות הכספית של תאגידי הבריאות: הפעילות הכספית של תאגידי הבריאות בבתי החולים בפריפריה נמוכה מזו במרכז. בנהרייה ובפוריה היא עומדת על כ-7% מסך המחזור הכספי שנרשם בשנת 2010⁴⁹, לעומת ממוצע של כ-32% מסך המחזור הכספי של שיבא ואיכילוב באותה שנה⁵⁰. המשרד אחראי לתאגידיים וביכולתו להגדיל את מסגרת פעילותם.

הכנסות גבוהות בתאגידי הבריאות מאפשרות למנהל בית החולים לפעול בגמישות רבה יותר. למשל, הן מאפשרות העסקת כוח אדם רפואי, סיעודי ומינהלי נוסף לביצוע פעולות רפואיות, כמו ניתוחים ובדיקות, ללא מגבלת תקנים. כמו כן, הן מאפשרות לבצע עבודות בינוי ופיתוח שאינן כלולות בתקציב הפיתוח של המשרד. מטבע הדברים, כשהכנסות בתאגידי הבריאות נמוכות נותר מעט מאוד מקום לפעולות מן הסוג הזה.

46 תאגידי בריאות נקרא "קרן מחקרים רפואיים פיתוח תשתיות ושירותי בריאות ליד [שם בית החולים]"; ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

47 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "תרומות לבתי חולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741.

48 ראו גם בדוח זה בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

49 סך מחזור הפעילות השנתית של התאגידי בנהרייה היה 32 מיליון ש"ח מתוך סך הפעילות של המרכז הרפואי שעמד על 549 מיליון ש"ח (כ-6%); סך מחזור הפעילות השנתית של פוריה היה כ-17 מיליון ש"ח מתוך 211 מיליון ש"ח (כ-8%).

50 בשנת 2010 סך מחזור הפעילות של התאגידי בשיבא היה 673 מיליון ש"ח מתוך סך הפעילות של המרכז הרפואי שעמד על 1.9 מיליארד ש"ח (כ-35%); באיכילוב היה סך מחזור הפעילות של התאגידי 447 מיליון ש"ח מתוך 1.6 מיליארד ש"ח (כ-28%).

(ג) טיפולים רפואיים לאנשים מחו"ל: עשרות אלפי אנשים מחו"ל מגיעים לארץ לטיפולים רפואיים ולניתוחים (להלן - תיירות רפואית), והתשלום בגין הטיפולים האלה הוא מקור הכנסה נוסף של בית החולים. תיירות רפואית מתקיימת ברובה במרכז הארץ; בשנת 2010 לא היו לפוריה ולזיו כל הכנסות מתיירות רפואית, ובנהרייה ההכנסות היו רק כחצי מיליון ש"ח. בשיבא ובאיכילוב, לעומת זאת, הסתכמו ההכנסות מתיירות רפואית באותה שנה ב-77 מיליון ש"ח ובכ-60 מיליון ש"ח, בהתאמה.

כדי לסייע לבתי חולים שהכנסותיהם מתיירות רפואית נמוכות, כלל משרד הבריאות סעיף בטיטת חוזר המנכ"ל בנושא "תיירות רפואית" מיוני 2011, האומר כי "מנכ"ל משרד הבריאות יורה באמצעות חוזר, על אחוז מסוים מהעודפים בבתי החולים הממשלתיים, אשר יעבור לטובת פיתוח בתי החולים בפריפריה".

אולם עד ינואר 2013 טרם פורסם החוזר. לדברי משרד הבריאות, העיכוב נובע מאי הסכמות בין משרדי הממשלה בנושא.

(ד) קרנות מחקר: לבתי החולים בפריפריה בצפון הכנסות נמוכות גם ממחקרים רפואיים. בשנת 2010 הסתכמו ההכנסות ממחקרים בנהרייה ובזיו ב-5 מיליון ש"ח בכל אחד ובפוריה ב-3 מיליון ש"ח בלבד. בשיבא ובאיכילוב היו ההכנסות כ-63 מיליון ש"ח וכ-45 מיליון ש"ח, בהתאמה.

יצוין כי בתי חולים המבצעים מחקרים רבים מצליחים גם לגייס רופאים רבים יותר (ראו להלן בפרק "מחסור בכוח אדם רפואי וסיעודי בפריפריה").

2. גירעונות תפעוליים: (א) בתי החולים הממשלתיים: רבים מבתי החולים מצויים בגירעונות תפעוליים במשך שנים⁵¹. שיעוריהם בפריפריה גבוהים משיעוריהם במרכז; למשל, בשנת 2010 היה הגירעון של זיו 29%, של פוריה - 18% ושל נהרייה - 7.7%. באיכילוב היה הגירעון 4.3% באותה שנה ובשיבא לא היה כל גירעון תפעולי.

הכנסות נמוכות וגירעונות גדולים יוצרים תרבות של מצוקה תקציבית הפוגעת בתפקודם הראוי והתקין של בתי החולים. כיום, למנהל בית חולים ממשלתי אין כל תמריץ לפתור את בעיית הגירעון משום שהמשרד מכסה אותו. לעומת זאת, הכללית נותנת מענקים לבתי החולים שלה שאין להם גירעונות.

לדברי מנהלי בתי החולים בפריפריה, מן הראוי שהמשרד ינסח מדדים ברורים ואחידים לקביעת התקציב של כל בית חולים. על התקציב לכלול תקינה ריאלית של כוח אדם ותקציב קניות ריאלי. בתשובתו מסר המשרד כי הוא מתקצב את הגירעונות של בתי החולים הממשלתיים על ידי הסטות פנימיות של תקציב מהמרכז לפריפריה.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי לבחון את המצב מתוך מגמה להתוות מלכתחילה כללים שיהוו תמריץ להמשך הליך ההתייעלות בבתי החולים, לרבות בתי החולים בפריפריה. התוויית הכללים האלו צריכה להיעשות מתוך שיקולים המתחשבים בנקודות התורפה של בתי החולים, וזאת כדי לסייע בידם להתגבר עליהן.

51 גירעונות אחרי הכנסות מתרומות ומסכומים ששחררו מנכסים נטו ולפני הוצאות מימון והשפעות חד-פעמיות וסבסוד ממשלתי.

(ב) בתי החולים של הכללית: על פי הדוחות הכספיים של הכללית לשנת 2011, בתי החולים שלה בפריפריה מצויים בגירעונות תפעוליים⁵² ויש להם מעט מקורות כספיים (תרומות).

3. חולים שקופות החולים וצה"ל לא מפנים לבתי חולים: (א) כל גוף שמממן טיפולים רפואיים (כמו הקופות את מבוטחיהן וצה"ל את חייליו) מעוניין לשלם כמה שפחות בגין הטיפולים. מסיבה זו הוא נמנע מלשלוח את חוליו לבתי חולים סמוכים הגובים לדעתו מחירים גבוהים. לדברי הנהלת נהרייה, מבוטחי הכללית מאזור זה כמעט שלא מופנים אליהם לבדיקות MRI ולדברי הנהלת פוריה רוב מבוטחי הכללית באזור טבריה לא מופנים לפוריה.

יצוין כי הימנעותה של הכללית משליחת מבוטחיה לבתי חולים ממשלתיים אופיינית גם לבתי חולים ממשלתיים שלא נבדקו בביקורת זו. לדוגמה, בינואר 2013 השיב המנהל האדמיניסטרטיבי של המרכז הרפואי הממשלתי הלל יפה בחדרה למשרד מבקר המדינה: "הסכמנו בזמנו [עם הכללית] על תעריפים מיוחדים בתחום הגסטרו, הדימות ורפואה גרעינית"; למרות זאת, הכללית הודיעה כי לא תשלח חולים לכמה בדיקות, אלא אם בית החולים יזיל עוד את המחירים שנקבעו. לדבריו, בכך הכללית "יבשה" את בית החולים. הוא הוסיף כי למרות ההסכם עם הכללית, היא מתנגדת להפנות חולים להלל יפה "כולל בתחום האשפוז".

גם לאומית ומכבי מפנות רבים ממבוטחיהן, באזור אילת למשל, למוקדים רפואיים פרטיים ולא ליוספטל. גם צה"ל נוהג כך עם חייליו (ראו להלן בפרק "בית החולים יוספטל"). מכבי מסרה למשרד מבקר המדינה כי במחירון של משרד הבריאות לטיפולים רפואיים בבתי חולים אין תמחור ראוי של הפעולות השונות⁵³. צה"ל הסביר כי הוא מפנה את החיילים למוקד "ביקור רופא" באילת משום שמחיריו זולים מאלה הנגבים בבתי חולים.

באילת נוצר כפל תשתיות, ומן הראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יכחוו פתרונות חלופיים בשיתוף יוספטל, לאומית, מכבי וצה"ל. על הגופים האמורים לשקול את החלטותיהם תוך כדי בחינת הנושא באייה לאומית רחבה.

(ב) בתי החולים הממשלתיים בפריפריה תלויים מאוד בהכנסות מהקופות, ובעיקר מהכללית. מערכת הבריאות לוקה באי-שוויון מהותי גם בתחום רכישת השירותים. לקופות - בעיקר לכללית שמספר מבוטחיה בכל אזור מאזורי הארץ הוא הגבוה ביותר - יש עוצמה ביכולת רכש גדולה של שירותים רפואיים, מול חולשה יחסית של בית החולים הממשלתי הפריפריאלי שעומד לבדו במשך שנים מול העוצמות הכלכליות שלהן.

הביקורת העלתה שבשנת 2011 התקיימו דיונים כלליים ודיונים אזוריים בין בתי החולים הממשלתיים לקופות החולים, בשיתוף משרד הבריאות, לקראת גיבוש הסכמי רכש בין הצדדים שנחתמו לאחר מכן. יצא אפוא שלראשונה לא נאלצו בתי החולים הממשלתיים בפריפריה להתמודד לבד מול דרישותיהן של קופות החולים לקבל הנחות מהמחירון שקבע המשרד⁵⁴.

52 לפי הדוחות הכספיים של הכללית לשנת 2011, עמד הגירעון של בית חולים העמק באותה השנה על 145 מיליון ש"ח (ובשנים 2009 ו-2010 על 128 מיליון ש"ח ו-176 מיליון ש"ח, בהתאמה); גירעון בית החולים יוספטל באותה השנה עמד על 58 מיליון ש"ח (ובשנים 2009 ו-2010 על 19 מיליון ש"ח ו-21 מיליון ש"ח, בהתאמה).

53 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 60 (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 523; דוח שנתי 54 (2004) בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 457.

54 בשנים קודמות נמנעו בתי חולים ממשלתיים בפריפריה (נהרייה, פוריה וצפת) מעימותים, בעיקר עם הכללית, עקב רצונם לטפל בכמה שיותר חולים ולעמוד ביעד ההכנסות שנקבע להם.

משרד מבקר המדינה מעיר ששוק האשפוז ורכישת השירותים הרפואיים בישראל איננו משוכלל. על המשרד לפקח על ההתקשרויות בין בתי החולים לקופות החולים, בייחוד נוכח חולשתם היחסית של בתי החולים בפריפריה.

חיזוק מקצועי של בתי חולים קטנים - יצירת אשכולות

חלק מבתי החולים שמספר המיטות בהם גדול מ-750 (להלן - בתי חולים גדולים) הוגדרו "מרכזי-על". למעט סרוקה, בתי החולים בפריפריה קטנים יותר (להלן - בתי חולים קטנים) ואין הם מוגדרים "מרכזי-על". בבתי חולים קטנים לא מתקיימת פעילות מקצועית ענפה בכל מקצועות הרפואה, ומתמחים בחלק מהמקצועות או שאינם יכולים להתמחות שם או שהם עושים התמחות חלקית ומשלימים אותה בבתי חולים גדולים. לרוב, בבתי חולים קטנים לא ניתן להפעיל מכשור רפואי הדורש התמקצעות מיוחדת ומספר רב של מטופלים (כמו מאיץ קווי). חלק מבתי החולים הקטנים התמקצעו בתחום מסוים כמו מחשוב נתונים קליניים או מעבדה משוכללת.

המשרד ובתי החולים העלו את הרעיון לאגד בתי חולים באשכולות כדי שישתפו פעולה ביניהם, כיוון שאשכול עשוי לחזק בתי חולים קטנים מהבחינה המקצועית. בביקורת עלה כי יצירת אשכול יכולה להיעשות בכמה מודלים, כגון: תכנונים להקמת מחלקות חדשות וחיזוק הקיימות, איחוד מחלקות אשפוז לצורך התמחות או איחוד הפעילות בתחומי רפואה מקצועיים (כמו מאיץ קווי) ובניית תכנית משותפת של הפעילויות המתוכננות במסגרת האשכולות. יצירת אשכולות לצורך שיתוף פעולה עשויה לשפר את השירות הרפואי הניתן בבתי החולים הקטנים, את היכולת הניהולית שלהם ואת יכולתם להתמודד עם אתגרים נוספים בעתיד. אשכולות כאלה כוללים לרוב כמה בתי חולים קטנים, או בית חולים קטן, ובית חולים אחד גדול לפחות.⁵⁵

1. אשכולות של בתי חולים גדולים וקטנים בפריפריה: בשנת 2011 עיבדו המרכז הרפואי שיבא ופוריה מסמך לשיתוף פעולה מקצועי ביניהם בכמה תחומים, ובהם רוטציות בהתמחות, ניצול שיתוף הפעולה הבין-לאומי של שיבא עם מוסדות בחו"ל לקידום רפואי פוריה, שימוש בידע שנצבר בשיבא (בענייני רכש למשל) ושילוב מרצים בהוראה בשני המוסדות. בתי החולים האמורים מסרו כי גייסו תורם למימוש הפרויקט המשותף.

עד ספטמבר 2012 טרם אישר המשרד את מסמך שיתוף הפעולה בין שיבא לפוריה.

2. אשכול של בתי חולים קטנים בצפון: מודל של אשכול אזורי עלה בהקשר להקמתה של הפקולטה החדשה לרפואה בגליל (ראו להלן בפרק "הפקולטה לרפואה בגליל") במתכונת של מרכז רפואי משולב של בתי החולים פוריה, זיו ונהרייה. בתחילת 2012 הציע המשרד שבתחילה יכלול האשכול את פוריה ואת זיו ויפעל ליצירת יחידות מקצועיות משולבות לשני בתי החולים. הוצע שהשילוב יהיה בביצוע התמחויות, בהסתייעות ביכולות המחשוב המובילות של פוריה לצורך מחשוב נתונים קליניים ובהסתייעות של פוריה במעבדה של זיו.

55 רעיון אחר הוא יצירת אשכול על בסיס הגיון רפואי, ארגוני וכלכלי, שהוצע בשנת 2004 לזיו, פוריה ונהרייה ולמרכז לבריאות הנפש מזרע. מתוך - דוח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות של בתי חולים ממשלתיים, רו"ח משה ליאון, מאי 2004.

אולם עד נובמבר 2012 לא התקדם תכנון האשכול של זיו ופוריה, ואף לא גובשה החלטה מהו המודל הראוי ליצירת אשכולות.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד ולבתי החולים הכלליים הממשלתיים לבחון מהם המודלים האפשריים ליצירת האשכולות של בתי החולים הקטנים בפריפריה ולהכריע בשאלת המודל המועדף, כדי לשפר את היעילות והמועילות שלהם. לאחר שתתקבל החלטה בנדון, יש לפעול נמרצות למימושה.

איכות שירותי הרפואה - מידע השוואתי על בתי חולים

פרסום מידע על נתוני תוצאות הפעילות הרפואית בבתי החולים השונים חשוב לצורך השוואה ביניהם ולצורך קבלת החלטות רפואיות ומינהליות.

ראוי כי המשרד ישקול לגבש מדדי איכות בעבור פעילות בתי החולים, שיכללו בין היתר, מדד מתאים לתקנון גיל החולה, מצבו הרפואי וחומרת המחלה בעת הניתוח, כדי לשפר את נתוני הביצוע של בתי החולים ולמנוע אפליה בבחירת החולים. פרסום מידע השוואתי עשוי להגביר את התחרות בין בתי החולים ולסייע בצמצום הפערים בין המרכז לפריפריה.

בתשובתו מסר המשרד כי הוא תומך בדרישתו של משרד מבקר המדינה לפרסם מדדי איכות מוסכמים לבתי החולים. הוא הוסיף כי כבר פעל בכמה דרכים ליישם זאת⁵⁶, גיבש רשימה של שישה מדדים ובכוונתו להוסיף מדדים.

מחסור בכוח אדם רפואי וסיעודי בפריפריה

המשרד מפרסם באופן שוטף נתונים על כוח אדם המועסק במקצועות הרפואה, המבוססים על סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן גם - הלמ"ס). בשנים האחרונות הנתונים מבוססים גם על מידע מינהלי המתקבל ממעסיקים עיקריים במערכת הבריאות - קופות החולים, בתי החולים ומוסדות בריאות אחרים (בעניין היעדר מאגר מידע עדכני וזמין על כלל בעלי המקצועות הרפואיים והסיעודיים, ראו להלן בפרק "היעדר מידע רפואי לאומי עדכני הדרוש לקבלת החלטות במשרד").

רופאים

בעת עריכת הביקורת העריך משרד הבריאות שאין מחסור ברופאים בישראל. עם זאת, יש לציין כי לא כל הרופאים עובדים במערכת הציבורית ומקצתם לא עוסק כלל ברפואה.

56 במאי 2012 פורסמו תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2012, בדבר חובתם של מנהל בית החולים או קופת החולים למסור למשרד הבריאות מידע ניהולי, כספי או רפואי הנדרש לצורך מדידת הטיפול הרפואי ביחס למדדי איכות.

זאת ועוד, בשנים האחרונות העריך המשרד כי מתפתח מחסור לאומי ברופאים בעיקר בפריפריה, אשר ישפיע על הטיפול בבתי חולים בטווח הבינוני ובטווח הארוך. זאת, למרות פתיחתה של הפקולטה לרפואה בגליל⁵⁷ והגידול במספר הלומדים בה. בפועל קיים מחסור לאומי בתחומי רפואה מסוימים, ובהם הרדמה, טיפול נמרץ, גריאטריה, ניאונטולוגיה (רפואת פגים ויילודים) ורדיותרפיה⁵⁸.

יצוין כי בתי החולים בפריפריה נתקלים גם בקושי לגייס רופאים לתפקיד מנהלי מחלקות, בעיקר רופאים בכירים ("כוכבים"). עם זאת, חשוב לציין שרופא בכיר העובר לבית חולים קטן עשוי להשפיע על מעבר של רופאים נוספים בעקבותיו וגם על הרפואה המקצועית בקהילה ועל שירותי בריאות נוספים.

המחסור ברופאים מונע מתן שירותים מיטבי, זמני המתנה לביקור אצל רופא ולטיפולים השונים הולכים ומתארכים (ראו להלן בפרק "זמני המתנה ממושכים בפריפריה לטיפולים ולניתוחים") ואף מביא להפסקת שירותים מסוימים. לדוגמה, המחלקה האונקולוגית היחידה בדרום הנמצאת בסורוקה וכוללת רק 22 מיטות ומשרתת חולי סרטן קשים מאזור אשדוד עד אילת, עמדה ביולי 2012 בסכנת סגירה בשל היעדר מתמחים לביצוע תורנויות ערב ולילה.

על המשרד לפעול לתכנון ולהכוונה של התמחויות בתחומי הרפואה לפי צורכי המדינה ולפי צורכי האזורים השונים. יצוין כי הנחלת הכללית מבטיחה למתמחים לבצע התמחות חלקית במקום "יוקרתי" אם יסכימו להתמחות ביוספטל.

שיעור הרופאים

לפי נתוני המשרד⁵⁹, בשנים 2006-2008 היה השיעור הממוצע של רופאים בישראל 3.3 ל-1,000 נפש. בשנת 2009 שיעור הרופאים הממוצע במדינות ה-OECD עמד על 3.1 ובישראל על 3.4. בדצמבר 2012 הודיע המשרד כי בשנת 2011 המשיכה הירידה בשיעור הרופאים, והגיעה לכדי 3.0 ל-1,000 נפש.

להלן נתוני המשרד בדבר שיעור הרופאים במחוזות שבפריפריה לעומת המרכז במוצעי השנים 2006-2008: במחוז צפון עמד שיעור הרופאים על 1.6 ובמחוז דרום - 2.1, לעומת מחוזות תל אביב והמרכז - 5.5 ו-3.8, בהתאמה. פערים אלה נמשכים לאורך שנים. האוכלוסייה בפריפריה לרוב צעירה ובריאה, ועל המשרד לשקלל את מספר הרופאים ביחס לסוג האוכלוסייה ולבדוק אם בפריפריה אכן קיים מחסור גדול יותר ברופאים (בעניין היעדר נתונים בדבר כוח אדם במקצועות הבריאות בקהילה בשנים קודמות - ראו להלן בפרק "היעדר מידע רפואי לאומי עדכני הדרוש לקבלת החלטות במשרד").

- 57 על פי החלטת המועצה להשכלה גבוהה, בשנת הלימודים התשע"ב (2011-2012) החלה לפעול בצפת "הפקולטה לרפואה בגליל" של אוניברסיטת בר אילן.
- 58 משרד מבקר המדינה כתב בדוחות ביקורת קודמים שלו על המחסור בכוח אדם רפואי. ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, תת-פרק "מצוקת כוח האדם בפריפריה" עמ' 198.
- 59 משרד הבריאות, אי-שויון בבריאות וההתמודדות עימו (2010), עמ' 82-87.

רופאים במרפאות הקופות בקהילה: בשנים 2009/2010 היה השיעור הארצי של כלל הרופאים במרפאות הקופות בקהילה 1.6 ל-1,000 נפש. במחוזות תל אביב ומרכז היה השיעור 2.9 ו-2.3, בהתאמה, לעומת שיעור נמוך במחוזות צפון ודרום - 1.4 ו-1.7, בהתאמה. יש לציין כי גם נתונים אלה אינם משוקללים, וראוי לבחנם מחדש לאחר שישוקללו כל ההיבטים.

רופאים מומחים: רופא מומחה צבר התנסות מיוחדת בתחום המקצועי שהוא עוסק בו, אבל הרבה רופאים המועסקים במרפאות הקופות בקהילה בפריפריה, אינם רופאים מומחים.

1. הבדלים בשיעור הרופאים המומחים במרפאות הקופות בקהילה: מספר הרופאים המומחים ל-10,000 איש במרפאות של הקופות במחוזות תל אביב ומרכז היה 5.4 ו-5.5 בהתאמה. בפריפריה היה המספר קטן הרבה יותר - במחוז צפון 2.8 ובמחוז דרום 3.2. בכל קופות החולים בצפון ובדרום קיים מחסור ברופאים מומחים. על המשרד לשקלל את הנתונים האלה, ובמידת הצורך לתת מענה למחסור זה.

2. מנהלי המחוזות של הקופות במחוזות צפון ודרום מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה כי קיים מחסור חמור ברופאים מומחים, בייחוד ברופאי ילדים מומחים ובתת-המקצועות של ילדים כמו נוירולוגיה, נפרולוגיה, ריאות ואנדוקרינולוגיה. בנוסף, יש מחסור ברופאי נשים, בעיקר רופאות נשים, ברופאי אף אוזן גרון, ברופאי עיניים, ברופאי עור, בנוירולוגים, ברופאי סוכרת, בכירורגים, באנדוקרינולוגים ובאורתופדים, ורוב השירות הרפואי ניתן בידי רופאים שאינם מומחים⁶⁰. המחסור ברופאים גורם לתחרות בין בתי החולים וקופות החולים בפריפריה על כל רופא מומחה.

הסכם השכר מקיץ 2011 - עידוד הרופאים לעבור לפריפריה

תוספות שכר ומענקים לרופאים: לאחר סכסוך עבודה מתמשך בין הרופאים למעסיקיהם, נחתם באוגוסט 2011 הסכם קיבוצי (להלן - הסכם השכר מקיץ 2011 או ההסכם) בין ממשלת ישראל, הכללית והדסה ובין ההסתדרות הרפואית לישראל. ההסכם קבע, בין היתר, שיש לתת תמריצים, תוספות שכר ניכרות לכל הרופאים העובדים בפריפריה, מענקים גבוהים לרופאים העוברים לעבוד בפריפריה ולרופאים מומחים שיעברו לעבוד בכל בית חולים ברחבי הארץ במקצועות שהוגדרו כמקצועות במצוקה.

תקופת ההסכם היא מיולי 2010 ועד 2019, והוא קובע כי בכל שנה יקבלו הרופאים העוברים לפריפריה הלוואות עומדות שיהפכו למענק (להלן - המענקים) בתום תקופת ההתחייבות שלהם; 300,000 ש"ח יוענקו לכל רופא העובר לעבוד בפריפריה ו-200,000 ש"ח נוספים יוענקו לכל רופא מומחה באחד ממקצועות המצוקה כהגדרתם בהסכם. יוצא אפוא שרופא שעבר לעבוד בפריפריה והוא מומחה במקצוע במצוקה יקבל מענק בסך 500,000 ש"ח⁶¹. על פי נתוני המשרד והכללית, עד ספטמבר 2012 עברו כ-330 רופאים לעבוד בבתי החולים בפריפריה. ההסכם קבע הטבות נוספות לרופאים העוברים לעבוד בפריפריה, כמו צבירת ימי השתלמות, מימון השתתפות בכנסים ותוספת ימי חופשה לרופאים העובדים תחת קרינה מייננת. ההסכם חל הן על רופאים עובדי מדינה הן על רופאים עובדי הכללית.

60 מידע נוסף על המחסור ברופאים במקצועות במצוקה (כמו רפואת ילדים, התפתחות הילד, נוירולוגיה ילדים, פסיכיאטריה ילדים, הרדמה, טיפול נמרץ כללי וילדים), פורסם בדוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל מיוני 2010.

61 סכומים אלה נקבעו בעבור השנה הראשונה להסכם; במהלך תקופת ההסכם יכולה ועדת המענקים שבה חברים גם נציגי הרופאים והמעסיקים, להחליט על מתן מספר רב יותר של מענקים אך בסכומים נמוכים יותר.

השלמת תקני רופאים: הסכם השכר מקיץ 2011 קבע כי מיום החתימה עליו יתווספו 1,000 תקנים במהלך ארבע שנים, תוך כדי מתן עדיפות לאיוש התקנים בפריפריה. הוספת התקנים נועדה גם למנוע מצבים שמתמחה יעשה יותר משש תורנויות בחודש. על פי נתוני המשרד מנובמבר 2012, כמות התורנויות למתמחה בבתי החולים הממשלתיים ירדה באופן ניכר בשנה האחרונה (בכ-20%) לעומת אפריל 2011, והיא צפויה לרדת בהדרגה עם הקצאת התקנים המלאה בשנים הבאות.

מנהל פוריה מסר למשרד מבקר המדינה כי מספר הרופאים המומחים ומספר המתמחים שנוספו בעקבות ההסכם נקבעים על פי מקדמים היסטוריים לא מעודכנים, ולכן התוספת שנקבעה לא עונה לצרכיו של פוריה. לדבריו, הסכם השכר מקיץ 2011 לא נתן מענה לבעיות מיוחדות בבתי החולים בפריפריה. לדוגמה, המתמחים בפוריה חייבים להשלים את התמחותם בבתי חולים גדולים, כמו רמב"ם בחיפה, כשפוריה ממשיך לשלם את שכרם במהלך תקופת ההשלמה ואינו מקבל תקנים חלופיים בגינם.

יצוין כי גם לאחר הוספת התקנים לבתי החולים בפריפריה, טענו מנהלי בתי החולים פוריה, זיו, העמק וברזילי כי עדיין חסרים עשרות תקנים לכל אחד מהם (למעלה מ-300 בסך הכול).

משרד מבקר המדינה המליץ למשרדי הבריאות והאוצר לבחון את הצרכים של בתי החולים בפריפריה, לרבות הבעיות המיוחדות שהועלו, ולפעול להשלמת הדרוש.

להלן כמה ליקויים נוספים שהעלתה הביקורת בעניין הסכם השכר מקיץ 2011:

(א) ההסכם התייחס גם לרופאי הקהילה בפריפריה, אך טרם הוחל עליהם. אי-מימושו של ההסכם ככל הנוגע לרופאי הקהילה המוכנים לעבוד בפריפריה מביא לידי עיכוב בפתרון המצב המתואר לעיל בקהילה.

(ב) ההסכם קבע שתוקם ועדת ליווי שתתכנס כל שישה חודשים לצורך בדיקת יישום ההסכמות. אולם עד ספטמבר 2012 טרם התכנסה ועדה זו אף שחלפו שבעה חודשים מהמועד הקבוע בהסכם.

(ג) עד דצמבר 2011 שולמו המענקים באופן מידי. ממועד זה עד ספטמבר 2012 החלו עיכובים בתשלום המענקים; יותר ממאה רופאים שעברו לפריפריה והחלו לעבוד בבתי חולים ממשלתיים ובבתי חולים של הכללית, קיבלו את המענק באיחור של עד עשרה חודשים.

מר יוסי כהן, המשנה לממונה על השכר במשרד האוצר, הסביר למשרד מבקר המדינה כי האיחור בתשלום המענקים לרופאים שעברו לפריפריה נבע מחריגה ניכרת ממסגרת תקציב המענקים בשנת 2011, ורק "לאחר הגעה להבנות" בדבר גריעת עודף ניצול התקציב והסדרת תקציב 2012 שולמו המענקים.

שיתוף גורמים נוספים לעידוד רופאים לעבור לפריפריה: העתקת מקום העבודה, שלעתים כרוכה גם בהעתקת מקום המגורים, תלויה בדרך כלל בהסכמת בני משפחתו הקרובים של הרופא. היא גם תלויה בפתרון דיור, במציאת מקום עבודה לבן הזוג ובהיצע חינוכי ותרבותי הולם.

משרד מבקר המדינה המליץ למשרד הבריאות לפנות למשרדי ממשלה ולגופים נוספים, כמו משרד ראש הממשלה, משרד הבינוי והשיכון, הרשויות המקומיות, צה"ל והמשרד לפיתוח הנגב והגליל, כדי שייתנו כתף ויסייעו לו במתן פתרונות לחסמים המקשים על מעבר הרופאים ובני משפחותיהם לפריפריה. כדאי גם לבדוק אפשרות לסייע לרופאים למצוא פתרונות דיור, לרבות מגורים במתחם בית החולים.

אחיות

על פי נתוני המשרד, השיעור הכולל של האחים והאחיות בישראל (להלן - האחיות) בשנת 2011 היה 6.1 ל-1,000 נפש לעומת 7.8 במדינות מערביות אחרות⁶². כבר בשנת 2007 קבעה ועדה שמונתה על ידי המשרד כי בישראל קיים מחסור באחיות⁶³. המשרד פועל להעלאת מספר האחיות, ובכל שנה מאות אחיות לומדות בכל מיני מסגרות לימוד שהוא יזם, אבל המחסור בעינו עומד.

משרות ממשלתיות במחוזות דרום וצפון: התברר כי עד ספטמבר 2012 טרם אוישו בלשכת הבריאות מחוז דרום תקנים רבים בתחנות טיפות החלב ובשירותי בריאות התלמיד במגזר היהודי שבמחוז.

משרות של הכללית במחוזות דרום וצפון: הכללית מסרה כי היא מתקשה לאייש תקנים במרפאותיה במחוזות דרום וצפון (תקנים של עשר משרות בכל מחוז).

כמה קופות מסרו כי במחוז דרום קיימת תחרות בינן לבין משרד הבריאות בנושא העסקת אחיות, וזאת בגלל תמריצי השכר שהמשרד מציע לאחיות המוכנות לעבוד בתחנות טיפות החלב הממשלתיות במגזר הבדואי. לדעתה של הכללית, יש לאשר את אותם תמריצי שכר גם לאחיות שהקופות מעסיקות בקהילה.

כדי שיהיה אפשר לתת שירות שוויוני לכלל האוכלוסייה, על משרד הבריאות לתת פתרון כולל לבעיית המחסור באחיות - הן באיוש המשרות בלשכת הבריאות דרום (טיפות חלב ושירותי בריאות התלמיד במגזר היהודי) והן באיוש המשרות של הקופות במרפאותיהן בקהילה במחוזות דרום וצפון.

מקצועות בריאות אחרים

בפריפריה קיים מחסור בכוח אדם בכל המקצועות הפארה-רפואיים, כמו פיזיותרפיה וריפוי בדיבור. כמו כן חסרים עובדים סוציאליים שמערכת הבריאות מעסיקה בקהילה. יצוין כי בניגוד למענקים ולתמריצים המוצעים לרופאים ולאחיות שיעברו לפריפריה, לתחומים אלה לא מוצעים כל מענקים או תמריצים. על המשרד לבחון את האפשרויות להתגבר על מחסור זה.

62 ראו משרד הבריאות, התאמת תשתיות שירותי הרפואה למגמות והתפתחות עתידיות, תכנית היישום לשנת 2012, עמ' 12. בין היתר נאמר בתכנית היישום כי "קיים מחסור אקוטי במקצועות הסיעוד".

63 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), עמ' 367.

הנגשה לשונית ותרבותית במערכת הבריאות

1. נוכח העובדה שמדינת ישראל קולטת עלייה ובאוכלוסייתה כמה מגזרי מיעוטים כשהגדול בהם הוא המגזר הערבי, הרי שתושבים רבים דוברים שפות אחרות והם אינם שולטים בשפה העברית. רבים מהם מתגוררים באזורי הפריפריה. חוזר מנכ"ל של המשרד מפרואר 2011⁶⁴ מחייב את בתי החולים ואת קופות החולים לעמוד בדרישות של "הנגשה לשונית ותרבותית", בעיקר כדי לספק הסברים בשפות אחרות על הטיפול הרפואי המוצע ועל הבעיה הרפואית שהחולה סובל ממנה. המשרד המליץ ליישם את הוראות החוזר באופן הדרגתי, ושכברואר 2013 יגיע החוזר ליישומו המלא.

לטענת בתי החולים והקופות, כדי לעמוד בדרישות החוזר האמור עליהם להשקיע משאבים רבים במתן מענה הולם במרכזיות הטלפונית, בהעסקת מתורגמנים, בהדפסת מידע בשפות שונות ועוד⁶⁵. בתי החולים והקופות טענו כי אין להם המשאבים ליישום של הדרישות שבחוזר.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות לוודא שדרישות החוזר מיושמות במלואן, כדי להבטיח את שיפור השירות הרפואי הניתן לתושבי המדינה.

2. יש טיפולים או ייעוצים בתחומי הבריאות, כמו טיפולים של ריפוי בדיבור או ייעוץ וטיפול שנותן עובד סוציאלי, שלמען הצלחתם ראוי שיעשו בידי אנשי מקצוע הדוברים את שפת האם של המטופל. המחסור באנשי מקצוע כאלה מדגיש את הצורך לתת מענה מתאים גם למטופלים שאינם דוברי עברית.

משרד מבקר המדינה המליץ למשרד לבוא בדברים עם גופים נוספים, כמו המוסדות להשכלה גבוהה, בניסיון למצוא דרכים לעודד את הכשרתם של דוברי שפות שונות במקצועות שנדרשת התאמה לשפת האם של המטופל.

זמני המתנה ממושכים לטיפולים ולניתוחים בפריפריה

על פי חוק ביטוח בריאות, המושתת בין השאר על עיקרון השוויון, קופות החולים אחראיות למתן שירותי הבריאות למבוטחיהן. בחוק נקבע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח", אך המונח "זמן סביר" לא הוגדר עד היום⁶⁶.

64 חוזר מס' 7/11 שכותרתו "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות", מיום 3.2.11.

65 מכבי העריכה כי הנגשת האתר והמוקד הלשוני לבדם יעלו כשלושה מיליון ש"ח.

66 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2010 ב 60, עמ' 497 ו-508.

זמני המתנה בקהילה: המחסור ברופאים מקצועיים יוצר זמני המתנה ממושכים⁶⁷. למשל, במחוז דרום של הכללית מבוטחי המשרד נאלצים להמתין בין 14 ל-60 יום לבדיקת MRI, לקרדיולוג, לנזירולוג, לנזירולוג ילדים, לאורתופד ולכירורג.

משרד הבריאות עושה בשנים האחרונות בקרות על השירותים שהקופות נותנות ברחבי הארץ. הבקרות כוללות גם את זמני המתנה לטיפול. במסגרת בקרה שעשה המשרד בשנת 2011 במחוז דרום של הכללית הוא דרש ממנה לפעול לקיצור זמן ההמתנה לרופא מקצועי באופן שלא יעלה על שבועיים. דרישה דומה העלה המשרד גם בבקרות שעשה בפריפריה לכל הקופות.

הביקורת העלתה כי הקופות מודדות את זמני המתנה בכל מיני שיטות, לכן לא ניתן להשוות ביניהן. יתרה מזאת, המשרד לא קבע שיטה אחידה שלפיה ידווחו הקופות על זמני ההמתנה, אף שהוא החל לדון בנושא כבר בשנת 2007.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד הבריאות יקבע שיטה אחידה למדידת זמני ההמתנה, כדי שיוכל להתחקות אחר מידת היעילות של השירות שהקופות מעניקות למבוטחיהן במחוזות השונים. על בסיס הניתוח ההשוואתי בין הקופות יהיה אפשר להוביל לשיפור השירות.

בתשובתו מסר המשרד כי הוא שוקל להוציא חוזר ייעודי לנושא.

זמני המתנה לניתוחים ולטיפולים בבתי חולים: הנהלות הקופות במחוזות צפון ודרום טענו שמבוטחיהן, שהופנו בשנת 2012 לביצוע ניתוחים וטיפולים בסורוקה, ביוספטל, בפוריה ובבית החולים כרמל בחיפה, נאלצו להמתין פרקי זמן ממושכים. למשל בסורוקה, מבוטחי הכללית נאלצים להמתין בין שנה לשלוש שנים לניתוחי עמוד שדרה ולניתוחי השתלת מפרקים ומבוטחי מאוחדת נאלצו להמתין בין שלושה לארבעה חודשים לניתוחי עיניים; מבוטחי לאומית במחוז צפון שמופנים לבדיקת קולונוסקופיה בבית החולים כרמל נאלצים להמתין כמה חודשים עד מועד הבדיקה; הנתונים בפוריה מראים כי זמני ההמתנה לניתוחי כתף או לתיקוני ניתוח בקע מגיעים עד לכדי שבועה חודשים. בעיית זמני ההמתנה הממושכים נפתרת לעתים באמצעות הפנייתם של תושבי הפריפריה לניתוחים במרכז הארץ, על כל הכרוך בכך, לרבות טלטול החולה ובני המשפחה הנלווים אליו ואבדן ימי עבודה.

הביקורת העלתה כי בבקרות האמורות שהמשרד עושה ובמהלכן הוא בודק את זמני ההמתנה של מבוטחי הקופות לטיפול בקהילה, הוא לא בודק את זמני ההמתנה לבדיקות ולניתוחים בבתי החולים.

פעילות המשרד בעניין התארכות זמני ההמתנה וזמינות השירותים: בינואר 2012 דיווח המשרד למשרד מבקר המדינה כי הוקם צוות העוסק בנושא זמינות השירותים ותהליך קביעת התורים לניתוחים ולפעולות רפואיות בבתי החולים. המשרד מסר למשרד מבקר המדינה כי כוונתו להפיץ חוזרים "המחייבים את בתי החולים לעמוד בסטנדרט

67 במחוזות מסוימים, בעיקר מחוזות דרום וחיפה של הכללית ושלוחת מכבי באילת, מסרו מנהלי מחוזות שבכמה מקצועות רפואה נמצאו בפריפריה זמני המתנה קצרים יותר מבמרכז. הסיבה לכך היא הסכמי תשלום מיוחדים עם רופאים מבתי חולים סמוכים או הסכמי "יבוא" רופאים מהמרכז לעתים במימון הטיסה שלהם.

מדינות בשירותים הקריטיים ביותר שזמינותם לקויה". במחצית השנייה של 2012 גיבש המשרד רשימה של תשע פרוצדורות המחייבות דיווח על זמני ההמתנה לביצוען⁶⁸, והחל לנסח חוזר בנדון.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד שעליו לוודא כי משך ההמתנה לכל סוגי הניתוחים והפעולות הרפואיות יתבסס על שיקולים רפואיים ולא יתארך יותר מהסביר.

היעדר מידע רפואי לאומי עדכני במשרד הבריאות

כדי לבצע את תפקידו באופן מיטבי, על המשרד לאסוף נתונים מעודכנים על תחומי פעילותו. הביקורת העלתה שבידי המשרד לא מצוי מידע מלא בכמה תחומים. להלן דוגמאות:

מצבי תחלואה לפי משתנים חברתיים-כלכליים

מידע מקיף על תחלואה לפי משתנים חברתיים-כלכליים, כמו הכנסה, תעסוקה ואזור מגורים, עשוי לסייע בזיהוי קבוצות בסיכון בריאותי גבוה. יש מדינות (כמו ארצות הברית, בריטניה וניו זילנד) המחייבות את מערכת הבריאות לברר שיוך אתני וסוציו-דמוגרפי⁶⁹.

הביקורת העלתה כי בידי המשרד אין מקור מידע אחיד ומקיף על מצב התחלואה בישראל⁷⁰ לפי משתנים חברתיים-כלכליים, אף שהנתונים קיימים במשרד הפנים ובמוסד לביטוח לאומי. על המשרד להשלים את הנתונים הקיימים ולאגדם כנתון לקבלת החלטות. בהיעדר מקור מידע כזה, נפגעת יכולתו של המשרד לאתר בעיות ייחודיות האופייניות לאוכלוסיות מעוטות יכולת ולתת להן פתרון ייעודי, וכן נפגעת יכולתו לתת מענה לבעיות הדורשות פתרון ולבצע כראות את תפקידו בתור רגולטור (מאסדר) וקובע מדיניות.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד שעליו לפעול במידת הצורך בשיתוף עם גופים אחרים לשינוי המצב. עליו לנהל מאגר נתונים ממלכתי בתחום הבריאות, שיקיף את כל האזורים במדינה, ובכלל זה את מחוזות צפון ודרום, יתבסס על נתונים גאוגרפיים וחברתיים ויכול לתת תחלואה וצריכת שירותים, תשתיות, כוח אדם ועוד; הכול תוך כדי שמירה על חיסיון המידע הרפואי של הפרט.

בתשובתו מסר המשרד כי הוא הכין תכנית רב-שנתית והחל לעבוד על הקמת מאגר מידע בתחום אי-השוויון בבריאות. הוא הוסיף ומסר כי לנושא הוקצו 1.75 תקנים וכי הוא והמוסד לביטוח לאומי חברים בוועדה לשיתוף מידע שדנה בצורך במידע על בסיס משתנים כלכליים-חברתיים.

68 הפרוצדורות המוצעות למעקב הן ניתוחי הרניה (בקע), שקדים/אדונו-אידיים/כפתורים, החלפת מפרקים, ניתוחי עמוד שדרה, ניתוחי בלוטת הערמונית, קטרקט, אורתוסקופיות, MRI בהרדמה וניתוחים למניעת השמנה.

69 ראו למשל:

Improving and Maintaining Quality in Ethnicity Data Collections in The Health and Disability Sector, Wellington School of Medicine and Health Sciences, University of Otago, New Zealand, Cormack D and Mcleod M, (2010).

70 "מיעוט נתונים... חוסר עקביות באיסופם לאורך שנים... מגבילים את השימוש בחלק מהנתונים הקיימים ומקשים על הפקת משמעויות לאורך זמן". מתוך ד"ר טוביה חורב, הסמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות, פערים בבריאות ובפריפריה חברתית (2011), עמ' 1.

השיעור של מיטות אשפוז ושל רופאים בקהילה

מיטות אשפוז ל-1,000 נפש : כאמור, על פי נתוני המשרד, שיעור מיטות האשפוז בפריפריה נמוך באופן ניכר ממספרן במרכז הארץ ומהמוצע הארצי.

רופאים בקהילה : בשנת 2010 פרסם המשרד נתונים הנוגעים לסוגיית כוח אדם במקצועות הבריאות בקהילה לשנים 2009-2010⁷¹, ומהם עולה כי שיעורם של רופאי קהילה בפריפריה נמוך משיעורם במרכז.

יש לציין כי בין הפריפריה למרכז קיימת שונות לעתים בולטת בכל הנוגע לגיל האוכלוסייה ולהכנסה לנפש. השונות הזאת משליכה על מצב בריאותם של התושבים, ונמצא כי נתוני המשרד על מיטות האשפוז ועל הרופאים אינם משוקללים בנתוני האוכלוסייה הכוללים אזור מגורים (במרכז מתגוררים קשישים הצורכים שירותי רפואה רבים, כולל אשפוז, ואילו בפריפריה, לעומת זאת, האוכלוסייה לרוב צעירה), הכנסה לנפש, מספר ילדים במשפחה והיקף התחלואה. משרד מבקר המדינה המליץ למשרד לשקלל משתנים אלה בנתוניו, כדי שיהיה ניתן לקבל תמונה מדויקת יותר על ההבדלים האמיתיים הקיימים בין המרכז לפריפריה בכל הנוגע למיטות אשפוז בפרט ולשירותי בריאות בכלל.

אשר למיטות אשפוז, אחרי שישוקללו משתני הגיל והתחלואה למשל, מן הראוי יהיה לבחון אם יש צורך להוסיף מיטות לפריפריה. עד קבלת נתון משוקלל המוסכם על משרדי הבריאות והאוצר, על הקופות ועל בתי החולים, לא ניתן יהיה לקבל החלטות חדשות.

בתשובתו מסר המשרד כי כמה סוגי מיטות (למשל, מיטות לילדים בגיל שנה עד 14 ומיטות פנימיות לבני 45 שנה ומעלה) כבר כוללים את משתנה הגיל, ובמהלך 2013 תתווסף תקינת גיל גם לסוגי המיטות האחרים.

מידע נוסף שחסר על כוח אדם רפואי

תעסוקת הרופאים בישראל : הביקורת העלתה כי המידע המצוי בידי המשרד על תעסוקת הרופאים בישראל אינו מלא. המשרד בעצמו טען כי "מהנתונים הקיימים כיום במערכת הבריאות קשה ללמוד על הפיזור הגאוגרפי של הרופאים לפי מומחיות, תחום עבודה, או מקום עבודה"⁷².

יוצא אפוא שבמשך שנים המשרד קובע את המדיניות של מערכת הבריאות על בסיס מידע חלקי בלבד. עליו לנהל מאגר מידע עדכני שיכלול רשימה של כל הרופאים על כל פרטיהם החיוניים כמו מומחיות, תחום עבודה, מקום עבודה ומקום עיסוק בארץ או בחו"ל. כמתווה המדיניות, על המשרד להיות בקי בנתונים אלה.

מקצועות בריאות נוספים : בידי המשרד אין מידע זמין על מקום עבודה של עובדים בתחום הבריאות שאינם רופאים כמו פיזיותרפיסטים, דיאטנים וקלינאי תקשורת. גם על ליקוי זה העיר המשרד בעצמו מתוך נתוני הפערים האמורים לעיל⁷³. המשרד הסביר במסמך האמור משנת

71 המידע התקבל מהמעסיקים העיקריים, בעיקר מקופות החולים, ולא נכללו כל העוסקים ברפואה, כמו מוסדות למחלות ממושכות ורופאים העוסקים בניהול.

72 משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו, עמ' 82.

73 שם, עמ' 83.

2010 על נתוני האי-שיון בבריאות, כי המידע שיש לו על המחסור במקצועות אלה מתבסס על עדויות שנמסרו לאנשי אקדמיה שחקרו את הנושא. הממצאים האלו קיבלו אישוש בבקורות שהמשרד נוהג לעשות במחוזות של הקופות.

על המשרד לנהל מאגר מידע עדכני על כל העובדים בתחום הבריאות שאינם רופאים, שיכלול פרטים חיוניים כמו מקום עבודה.

לדברי המשרד, כדי לאסוף את הנתונים האמורים וכדי לקבל מידע על מאפיינים מקצועיים ותעסוקתיים של הרופאים בישראל, ערכו הוא והלמ"ס בשנת 2010 מחקר משותף שעסק בכוח אדם רפואי וסיעודי.

אולם המחקר עסק ברופאים בלבד, ועד ספטמבר 2012 לא כלל מקצועות אחרים בתחום הבריאות.

בתשובתו מסר המשרד כי "בימים אלה" החל המחקר במקצוע הסיעוד, ובהמשך יורחב למקצועות נוספים.



במשך השנים המשרד קובע את מדיניות הבריאות במדינת ישראל על בסיס מידע חלקי. היעדר מידע מלא ועדכני על מצבי התחלואה לפי משתנים חברתיים-כלכליים פוגע ביכולתו לאתר בעיות ייחודיות האופייניות לאוכלוסיות במצב סוציו-אקונומי נמוך, ולספק להן פתרון ייעודי. בשל השונות הקיימת באוכלוסייה, יש לשקלל בשיעור מיטות האשפוז ובשיעור הרופאים את גיל התושבים ואת נתוני התחלואה, כדי שיהיה אפשר לערוך השוואה מדויקת יותר בין המרכז לפריפריה. היעדר מאגר מידע שלם, עדכני, זמין ומפורט הכולל רשימה של כל בעלי המקצועות הרפואיים והסיעודיים, מגביל את המשרד בתפקידו כרגולטור (מאסדר) כשעליו להחליט החלטות ראויות בתחומים הרלוונטיים. משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי מידע שאינו שלם עלול לגרום לו לקבל החלטות שאינן מושכלות. על המשרד לפעול לאלתר לעדכון נתוניו ולשקלולם.

בית החולים ברזילי באשקלון

בית החולים ברזילי באשקלון ממוקם אמנם צפונית לבאר שבע, אך הוא בעל מאפיינים דומים לאלה של בתי החולים בפריפריה הרחוקה יותר. התשתיות של ברזילי הן הישנות ביותר בהשוואה לאלה המצויות בבתי החולים הממשלתיים⁷⁴. יכולת גיוס התרומות שלו היא מן הנמוכות. ברזילי הוא אחד מבתי החולים שנכללו בהסכם השכר מקיץ 2011 והוגדרו כבתי חולים פריפריאלי.

74 ראו גם בדוח זה בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

רופאים

מאחר שברזילי נכלל בהסכם השכר מקיץ 2011 ומוגדר בית חולים פריפריאלי, רופאים העוברים לעבוד בו זכאים להטבות שכר ולמענקים. בתשובתו מדצמבר 2012 מסר ד"ר חזי לוי, מנהל בית החולים, כי בית החולים מתקשה להעסיק רופאים למרות תוספת המשרות שקיבל עקב הסכם השכר מקיץ 2011.

לדברי מנהל בית החולים, אף שתוספת המשרות "אוישה במלואה" אין נהירה של רופאים להתמחות בפריפריה. כמו כן רופאים רבים מהקהילה הפסיקו לבצע תורנויות בבית החולים בגלל העומס ההולך וגובר במחלקות. עוד הוסיף כי למרות ההסכם והמענקים "אין יותר מועמדים ובעיקר במקצועות המצוקה", ועדיין חסרים כ-35 תקנים.

יצוין כי באשדוד עומד לקום בית חולים שיאפשר להפעיל שירות רפואי פרטי (שר"פ) בהיקף של 25% מפעילותו הכוללת. סביר להניח שהוא ימשוך אליו כוח אדם רפואי וסיעודי מבתי החולים שבסביבתו, כולל מברזיל⁷⁵.

מיגון ותשתיות

1. במקרה של עימות ביטחוני בדרום הארץ, לברזילי תפקיד חשוב בקליטת נפגעים - חיילים ואזרחים. זאת ועוד, בעבר בית החולים היה תחת מתקפות טילים, העלולות להישנות, לכן חשוב מאוד לדאוג למיגון מבניו ותשתיותיו.

(א) צינורות התשתיות של ברזילי עוברים מעל פני הקרקע והם אינם ממוגנים. במקרה של פגיעה קיים חשש כי לא יהיה אפשר לקיים הליכים רפואיים חיוניים בבית החולים, ואף קיימת סכנת פגיעה מדלקה ומפיצוצים משניים.

(ב) ביוני 2007 החליטה הממשלה על הקמה, שדרוג ופיתוח של מחלקות לרפואה דחופה ושל שטחי אשפוז מוגנים בברזילי. בסוף 2007 פרסם המשרד מכרז, ואף נבחר קבלן לביצוע העבודות. אולם מסיבות שונות, כמו גילוי קברים עתיקים בשטח הבנייה, החלו העבודות רק בסוף 2011.

בפברואר 2012 דיווח מר יהודה רון, הסמנכ"ל לבינוי ותכנון מוסדות רפואה במשרד הבריאות, לוועדה לענייני ביקורת המדינה בכנסת כי עבודות השלד בברזילי מתבצעות - אשפוז ממוגן לכ-350 מיטות, חדר מיון ומעטפת ממוגנת של שלוש קומות בעבור חדרי ניתוח, דימות, טיפול נמרץ, אגף ילדים וטיפול נמרץ ילדים. היקף הפרויקט נאמד בסך של 285 מיליון ש"ח - 115 מיליון ש"ח מתקציב משרד האוצר, והיתר מתקציב המשרד ומתרומות.

ואולם, המשרד והנהלת ברזילי מסרו למשרד מבקר המדינה בשיחות שהתקיימו במהלך 2012 כי התקציב שהמדינה הקצתה לטובת הבניין החדש הממוגן הנמצא כבר בתהליכי בנייה, אינו מספיק להשלמת הפרויקט.

2. במרץ 2012 מסר מנהל ברזילי למשרד מבקר המדינה כי יש צורך להרחיב ולשפץ מבנים רבים במחלקות שונות בבית החולים. הוא העריך את העלויות ביותר ממאה מיליון ש"ח.



75 ראו גם ברוח זה בפרק "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמ' 601.

בית החולים ברזילי ממלא תפקיד רפואי חשוב בדרום הארץ בקליטת נפגעים, לרבות בעתות חירום. לכן, יש להבטיח שהוא ימשיך לפעול באופן מיטבי הן בשגרה והן בעתות חירום. על משרדי הבריאות והאוצר להבטיח מתן אשפוז ראוי ורמת טיפול נאותה בברזילי.

בית החולים יוספטל באילת

בית החולים יוספטל באילת שייך לכללית. מיקומו בסמוך לגבול הדרומי של המדינה טומן בחובו סיכונים מצד גורמים עוינים. בית החולים מעניק שירותים רפואיים לתושבים המתגוררים באזור אילת. באזור זה נכללים בסיסי צה"ל רבים, 12 קיבוצים ומושבנים וכן מתקנים לוגיסטיים בעלי רמת סיכון גבוהה, כמו נמל ימי ושדה תעופה ומתקני אספקת דלק. בנוסף, בית החולים נותן שירות רפואי לכ-60,000 תיירים באזור אילת ובסביבתה וגם לתיירים חולים המגיעים מסיני. בקיץ נאמד הכיסוי הרפואי של בית החולים בכ-150,000 איש. בשנת 2011 טופלו בחדרי המיון ביוספטל כ-51,300 איש - כ-26% מהם אינם תושבי אזור אילת והדרום. נתון זה גבוה בהשוואה לבתי החולים הפריפריים האחרים.

יוספטל הוא בית חולים קטן ובו 65 מיטות בלבד⁷⁶. בבית החולים שבע מחלקות אשפוז (פנימית, טיפול נמרץ, ילדים, כירורגית, אורתופדית, נשים ויולדות) וכמה יחידות עזר רפואיות. מנהל בית החולים הוא גם מנהל אזור אילת של הכללית. הכללית מפעילה מרפאות באילת ומרפאה אזורית בקיבוץ יטבתה.

ביוספטל עושים ניתוחים בתחומי כירורגיה כללית, אורתופדיה, גינקולוגיה, אורולוגיה, אף אוזן גרון, עיניים וכירורגיה פלסטית. לדברי הכללית, בדרך כלל זמני ההמתנה לניתוחים ביוספטל אינם ממושכים (עד חודש וחצי). ביוספטל גם נותנים טיפול ראשוני לאירועים מוחיים (אף על פי שאין בבית החולים מחלקה נירולוגית) - זריקת TPA להמסת קרישי דם במוח - באמצעות הנחייה שניתנת בעזרת רפואה מרחוק המקושרת לסוורוקה; לאחר ההזרקה החולה מאושפז ביוספטל או מפונה לסוורוקה בבאר שבע הנמצא במרחק שעתיים וחצי נסיעה באמבולנס או למרכז הארץ. גם כשיש צורך בצנתורי לב, ביוספטל מזריקים לחולה חומר ממיס קרישי דם, ואחר כך הוא מועבר לסוורוקה. טיפולים שאינם מבוצעים ביוספטל ניתנים בסוורוקה או בבית חולים אחר במרכז הארץ, לעתים במימון טיסות לחולה.

גירעון תקציבי

יוספטל נמצא בגירעון מתמשך של עשרות מיליוני ש"ח בשנה⁷⁷, אף על פי שהמדינה מעניקה לו תמיכה כספית, והגירעון נובע בעיקר מ"חסרון הקוטן" שלו. אגודת הידידים שלו מגייסת תרומות בהיקף קטן מאוד לעומת בתי החולים במרכז. מנהל יוספטל מסר למשרד מבקר המדינה כי לבית החולים הפסדים גם עקב מתן טיפול רפואי ללא כל כיסוי כספי בעבור מטופלים שאינם מחזיקים בביטוח רפואי (כמו מסתננים). טיפולים כאלה מסתכמים במאות אלפי ש"ח בשנה. הפסדים נוספים

76 בבית חולים רגיל מחלקה פנימית, למשל, מכילה כ-40 מיטות.

77 לפי הדוח הכספי של הכללית לשנת 2011, עמדו הכנסותיו של בית החולים באותה השנה ממתן שירותים רפואיים על 66 מיליון ש"ח והגירעון עמד על 58 מיליון ש"ח; בשנת 2010 - 96 מיליון ש"ח ו-21 מיליון ש"ח, בהתאמה; בשנת 2009 - 87 מיליון ש"ח ו-19 מיליון ש"ח, בהתאמה. בנתוני הגירעון לשנים 2009-2010 נכללו גם תמיכות כספיות שהתקבלו מהמדינה.

מקורם בהפניית מבוטחי קופות חולים אחרות לבתי חולים במרכז הארץ ולא ליוספטל, בעיקר לביצוע ניתוחים מתוכננים (אלקטיביים). מקור נוסף להפסדים הוא הפעלתם של מוקדים פרטיים לטיפול רפואי שצה"ל, מכבי ולאומית שולחים אליהם את חוליהם.

ליוספטל הוצאות רבות בגין מימון הטסת רופאים והלנתם בבתי מלון ומימון העברת חולים באמבולנס או במסוק לסורוקה או למרכז הארץ (כולל פגים ומטופלים שאין להם ביטוח רפואי). פינוי במסוק נעשה בידי חיל האוויר ועלותו נעה בין 70,000 ל-212,000 ש"ח, לפי סוג המסוק הפנוי לביצוע הפינוי, עלות המכבידה מאוד על תקציבו של בית החולים.

יוצא אפוא שחולים רבים של הקופות השונות (למעט הכללית) ושל צה"ל לא מופנים לטיפול ביוספטל. משרד מבקר המדינה המליץ למשרד לבחון את כפל התשתיות שהתפתח באילת, בשיתוף עם יוספטל, צה"ל, לאומית ומכבי.

קשיים בשל מקומו הגאוגרפי של יוספטל

מיקומו המיוחד של בית החולים יוצר קשיים הייחודיים לפריפריה ואינם מוכרים לבתי החולים במרכז. קשיים אלה נוגעים בעיקר לחולים הנזקקים לשירותים רפואיים מסוימים וכן לצוות העובדים. להלן הפרטים:

תפוסה נמוכה לעומת פעילות מוגברת: תפוסת המיטות השנתית הממוצעת ביוספטל היא 73%, ולכאורה מדובר בפעילות בהיקפים קטנים. אולם יש מצבים, בעיקר באירועים רבי-נפגעים, שבהם בית החולים נדרש לטפל בעשרות פונים בעת ובעונה אחת. למשל, בעת קריסת בית המלון בטאבה הגיעו ליוספטל 168 פצועים; לאחר התהפכות אוטובוס תיירים הגיעו אליו 32 פצועים - רובם במצב קשה; באירוע טוקסיקולוגי של כלור בברכה באחד מבתי המלון באילת הגיעו 140 איש לטיפול.

שירותים רפואיים חסרים: יחידות רפואיות הקיימות בדרך כלל בבתי חולים כלליים, כמו צנתורים ופגייה, לא פועלות ביוספטל⁷⁸. אין בו שיקום אורתופדי ושיקום לחולי לב; אין כירורגיית פה ולסת, ומנהל מחלקת אף אוזן גרון נאלץ לטפל גם בבעיות דנטליות. בשל היעדר טיפול נמרץ ילדים, הם מועברים לבתי חולים אחרים.

קשיים בהעסקת רופאים: מנהלי המחלקות מתלוננים על מחסור בכוח אדם רפואי ומינהלי. כמו כן, תקינת כוח האדם הרפואי והסיעודי מיושנת, לדבריהם, ויש לעדכנה. במצב כזה עלולות להיפגע איכות הטיפול הניתן לחולים וכן היכולת לגייס רופאים לבית החולים. להלן דוגמאות:

1. במחלקת האשפוז ובחדרי הניתוח לא מופעל סגל רפואי תורן, כמקובל בבתי החולים הכלליים והרופאים משמשים ככוננים⁷⁹. להתנהלות כזאת יכולות להיות השלכות על איכות הטיפול הניתן בבית החולים.

78 ככנס "אי שוויון במערכת הבריאות", שהתקיים במרכז הרפואי שיבא בנובמבר 2012, אמר הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות, כי אין זה ראוי שתושב אילת או הסביבה הנזקק לצנתור לב יועבר לסורוקה.

79 רופא כונן - רופא מומחה הנמצא מחוץ לבית החולים אך מתפקידו להיענות באופן מידי לקריאה מבית החולים לאחר שעות הפעילות הרגילות.

2. יוספטל מתקשה לגייס רופאים בשל כמה גורמים המרתיעים רופאים מלהצטרף אליו, ובהם: ריתוק לעיר - יש רופאים שאינם רשאים לצאת מהעיר, אלא אם כן מביאים מאזור המרכז רופאים אחרים במקומם; התמחות - האפשרויות להתמחות בבית החולים מצומצמות מאוד ומגיעים אליו מעט רופאים צעירים. כוננויות רופאים בכירים - רופאים מומחים (כמו בכירים במחלקת נשים ורופאים בחדר מיון) נדרשים לרוב לעשות כוננויות רבות בחודש. נוסף על כך, בשונה מהרופאים במרכז, לרופאים באילת אין אפשרות להשתכר גם מהוראה באוניברסיטאות ומעבודה בבתי חולים פרטיים.

היעדר רופאים על פי הסטנדרט בבתי חולים במרכז הארץ עלול להשפיע על איכות הטיפול הניתן לחולים. בעיית העומס עלולה להתיע רופאים מלעבוד ביוספטל ו"להכריח" רופאים קיימים.

זמני המתנה לטיפולים: זמן המתנה לבדיקות קולונוסקופיה ביוספטל ארוך מאוד ויכול להימשך גם ארבעה חודשים. יצוין שאדם הזקוק לבדיקה הזאת מוכרח לבצעה בסמוך למקום מגוריו בגלל ההכנה שעליו לעשות לקראתה. הפתרון המקובל - הטסת החולה למרכז הארץ לצורך בדיקות (כנהוג במכבי למשל) - אינו ישים בנוגע לבדיקה זו.

לפי נתוני מכבי, זמני המתנה באזור אילת ממושכים. לנוירולוגיה עד שלושה חודשים; לרפואה תעסוקתית, לפלסטיקה ולאנדוקרינולוגיה - כחודשיים; ולארגיה, לריאות ולקרדיולוגיה - כחודש. בתחומי רפואת הילדים, שבהם הטיפול ניתן בידי רופאים המגיעים ממרכז הארץ ליוספטל במיוחד לצורך זה, זמן המתנה הוא עד חודש, למעט נוירולוגיה - ארבעה חודשים.

תשתיות, מכשור וטכנולוגיות רפואיות

תשתיות: בית החולים יוספטל נבנה לפני כ-45 שנה ומתקניו מיושנים מאוד (למשל, חדרי הניתוח). בעת הביקורת היה בית החולים בתהליכי בנייה מוגברים שעלותם כ-50 מיליון ש"ח. בשטח של כ-1,000 מ"ר נבנה מיון חדש ומחלקת הילדים שופצה. בנוסף, מתוכנן שיפוץ גם במחלקות אחרות. מכון חדש להתפתחות הילד, שנועד לשרת את כל תושבי האזור, נמצא בשלב של בקשה להיתר בנייה.

רפואה מרחוק: השימוש ברפואה מרחוק מאפשר לבצע אבחון, מעקב ומתן ייעוץ לטיפול קליני גם כשהמטופל והיועץ הרפואי רחוקים זה מזה. שימוש מוגבר בשירות זה ביוספטל עשוי לשפר מאוד את השירות הרפואי הניתן לתושבי האזור. אולם ביוספטל אין שימוש רב בטכנולוגיה זו, למעט כאמור בטיפול באירועים מוחיים הנעשה בשיתוף פעולה עם סורוקה.



בית החולים יוספטל סובל מגירעון כספי מתמשך הנובע מקוטנו וגם מכפל תשתיות שנוצר באילת - פתיחתו של מוקד חירום רפואי פרטי באילת המספק שירותי חירום ללאומית, למכבי ולחיילי צה"ל במרחב אילת.

זאת ועוד, בנוסף לקשיים של בית החולים, גם האוכלוסייה סובלת. שירותים רפואיים רבים אינם ניתנים ביוספטל, ותושבי אילת וסביבתה נאלצים להגיע לבאר שבע או למרכז כדי לקבלם.

על משרדי הבריאות והאוצר ועל הנהלת הכללית לשקול דרכים שונות כדי לסייע ליוספטל, ובהן: דרכים שיביאו לידי שיפור היכולת של בית החולים לגייס רופאים; הגברת שיתופי פעולה על בסיס קבוע עם בתי החולים במרכז לצורך החלפת מומחים; הקטנת נטל התורנויות והכוננויות של הרופאים; תגבור בית החולים בתורנים ממרכז הארץ באופן ממוסד ללא כל צורך לקבל "טובות" מבתי חולים אחרים.

משרדי הבריאות והאוצר והנהלת הכללית פועלים בכמה תחומים לשיפור המצב, אבל עליהם לבחון את האפשרות להכריז על שירותי הרפואה ביוספטל כשירותים ייחודיים. במסגרת זו יש לקבוע אילו שירותי רפואה יוספטל צריך לספק, לנוכח אופיו ומיקומו הייחודיים של בית החולים, לרבות קביעת מסגרות של תקנים ושל תקציבים למימוש שירותים אלה. סביר להניח שהדבר יקל על מתן שירות רפואי טוב יותר לאוכלוסיית האזור.

במשך שנים רבות לא נעשתה כל בחינה יסודית של מערכת הבריאות באילת ושל צרכיה המיוחדים - כיצד ניתן לסייע לבית החולים, מהם השירותים הנדרשים ומהן הדרכים לספקם. ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יעשו זאת בהקדם, בשיתוף עם הנהלת הכללית.

מוקדים רפואיים בפריפריה

הקופות ברחבי הארץ מפעילות מוקדים רפואיים אחרי שעות הפעילות של מרפאותיהן, המציעים עזרה רפואית דחופה וטיפול מיידיים, לעתים מצילי חיים. חדרי המיון בבתי החולים משמשים גם הם את הציבור במצבי חירום ובתום שעות הפעילות של המרפאות. בפריפריה פועלים מוקדים רפואיים מועטים, ובהיעדרם התושבים נאלצים לפנות לחדרי המיון בבתי החולים - פנייה הכרוכה לעתים בנסיעה ממושכת. בשנים האחרונות התקבלו במשרד מבקר המדינה תלונות על היעדר מוקדים רפואיים בפריפריה, והמשרד לא נתן מענה לבעיה.

בעת הביקורת פעלו בפריפריה רק שני מוקדים רפואיים - חדר מיון קדמי בקריית שמונה שהמשרד מתכנן לסגור ולפתוח במקומו מוקד לרפואה דחופה; וחדר מיון קדמי בדימונה שהעירייה הקימה ביזמתה מכספי תרומות. מוקד רפואי מספק מענה רפואי ראשוני בסביבת המגורים, ופעמים רבות מייתר את הצורך לגשת לחדר מיון. מר מאיר כהן, ראש עיריית דימונה בעת הביקורת, מסר למשרד מבקר המדינה כי רק כ-20% מהפונים למוקד הרפואי שבחדר המיון הקדמי הופנו לבית החולים.

במהלך 2011-2012 פעל המשרד להקמת 11 מוקדים רפואיים נוספים בכמה רשויות מקומיות - וזו יזמה ברוכה. מדובר במיזם משותף שהמשרד, הקופות והרשויות המקומיות יישאו בעלותו באופן שווה. שישה מהמוקדים הרפואיים יוקמו בפריפריה (ארבעה במחוז דרום ושניים במחוז צפון). באוגוסט 2012 מסר המשרד כי הנושא נמצא בשלב של מימוש מכרזים ורוב המוקדים הרפואיים צפויים להתחיל את פעילותם בסוף אותה שנה.

בין המשרד לרשויות המקומיות בפריפריה התגלעו חילוקי דעות בעניין מימון הפעלתם של המוקדים הרפואיים, בעיקר משום שהרשויות נדרשות לממן שלישי מן העלות.

בתשובתו מאוקטובר 2012 למשרד מבקר המדינה מסר מר נסים מלכה, ראש עיריית קריית שמונה, כי הדרישה שהעירייה תממן שליש מהעלות, "היא בבחינת חריגה מסמכות מטעם משרד הבריאות". ראש המועצה המקומית מצפה רמון הסביר שהמועצה נמצאת בתכנית הבראה והיא "נשענת על תקציבי איוון"; לכן, יש מקום לשקול מחדש אם לחייב אותה במימון שליש מעלות הפעלת המוקד הרפואי. גם מכבי מסרה על חילוקי דעות בינה לבין המשרד בעניין מימון הפעלת המוקדים הרפואיים.

מר שלמה בוחבוט, יו"ר המרכז לשלטון מקומי המכהן כראש עיריית מעלות-תרשיחא התייחס בתשובתו מאוקטובר 2012 למשרד מבקר המדינה להחלטה של המשרד לסגור את חדר המיון הקדמי בקריית שמונה. הוא כתב כי "אסור ש[ה]חלטה זו תצא אל הפועל" משום חשיבותו הרבה של חדר המיון בעבור תושבי המקום, חיילי צה"ל והמטיילים הרבים באזור.

תשלומי בריאות המהווים חסמים בפריפריה

דילמות של מבוטחים על רקע כספי: רוב שירותי הבריאות כרוכים בעלויות כספיות בגין קבלת תרופות, ביקור אצל רופא מקצועי ועוד. אף שבחוק ביטוח בריאות ובהסדרי הגבייה של הקופות נקבעו תקרות לתשלום, העלויות עלולות להגיע לכמה מאות שקלים בחודש. בהתחשב במעמדם הסוציו-אקונומי הנמוך, סביר להניח שחלק מתושבי הפריפריה מתקשים לשלם בעבור השירותים האלה. יש לציין כי בשנים האחרונות פעל המשרד להקטנת סכומי ההשתתפות העצמית בכמה תחומים.

מחקרים מוכיחים כי חתך מסוים מהציבור מוותר על טיפול רפואי או על תרופה בגלל עלותם הגבוהה. ממחקר של מכון ברוקדייל עולה⁸⁰ כי כ-14% מכלל האוכלוסייה אינם צורכים שירותים רפואיים משום שאין ביכולתם לשלם בעבורם - 22% מתוכם הם בעלי הכנסה נמוכה. 11% מהוויטורים על שירות רפואי נעשים בשל המרחק מנותן השירות.

שירותי בריאות נוספים (שב"ן): בפני המבוטחים ניצבת הדילמה אם כדאי לרכוש תכניות לשירותי בריאות נוספים (להלן - תכניות שב"ן). הקופות מציעות למבוטחיהן תכניות שב"ן המשלימות את השירותים הניתנים בסל שירותי הבריאות הבסיסי במסגרת ביטוח הבריאות הממלכתי - שירותים כמו בחירת מנתח ויעוץ נוסף אצל רופא מומחה. תנאי התכנית האלה משתנים מפעם לפעם⁸¹.

רוכשי תכניות שב"ן: להלן נתוני המשרד בדבר אחוז עמיתי השב"ן מכלל המבוטחים בקופות לשנת 2011 בהתפלגות לפי קופות ומחוזות⁸²:

- 80 מאיר-סג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות, מאי 2011, עמ' 2, 18.
- 81 בשנת 2011 היו סך כל ההכנסות של כל הקופות מרכישת תכניות שב"ן 3.1 מיליארד ש"ח - גידול של כ-7% לעומת 2010. הנתונים מובאים מתוך משרד הבריאות, דוח ציבורי מסכם על תכניות בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2011 (דצמבר 2012), עמ' 15.
- 82 יש לציין שגבולות המחוזות שונים מקופה לקופה.

לאומית	מאוחדת	מכבי	הכללית	
54%	47%	78%	64%	צפון
74%	78%	85%	60%	דרום
			81%	מרכז
79%	80%	90%	82%	תל אביב

מהנתונים עולה שבכל הקופות קיימים פערים ניכרים בין שיעור עמיתי השב"ן בצפון לעומת שיעורם במרכז. הפערים בין הדרום לעומת המרכז קטנים יותר, אך גדולים יותר בכללית.

מימוש תכניות שב"ן: להלן טבלה המראה את עלות התביעות בממוצע לנפש (בש"ח) בשנת 2011 בכל מחוז ובכל קופה⁸³, בסעיפי ההוצאות העיקריים של תכניות השב"ן שרכשו המבוטחים:

	היריון ולידה			ייעוץ (חוות דעת שנייה)			בחירת מנתח		
	מאוחדת	מכבי	הכללית	מאוחדת	מכבי	הכללית	מאוחדת	מכבי	הכללית
צפון	24	49	30	19	33	68	79	227	87
דרום	32	44	28	39	31	63	130	306	118
מרכז			37		57	71		244	138
תל אביב	63	101	80	42		105	113		166

מהנתונים עולה שיש קופות שתושבי הפריפריה המבוטחים אצלן ממעטים לממש את תכניות השב"ן שרכשו, לעומת מימוש מוגבר במחוזות תל אביב ומרכז. הפערים בולטים בעיקר בין הצפון למרכז. למשל, עלות התביעות הממוצעת לנפש בכללית בסעיף "בחירת מנתח" היא 166 ש"ח בתל אביב ו-138 ש"ח במרכז; ורק 118 ש"ח בדרום ו-87 ש"ח בלבד בצפון. בסעיף "ייעוץ (חוות דעת שנייה)" עלות התביעות הממוצעת לנפש במאוחדת היא 42 ש"ח במרכז ו-19 ש"ח בלבד בצפון. בסעיף "היריון ולידה" עלות התביעות במכבי היא 101 ש"ח במרכז; ורק 44 ש"ח בדרום ו-49 ש"ח בצפון. הנתונים מלמדים שתושבי הפריפריה בעצם מסבסדים את תושבי המרכז ("כשל שוק").

משרד הבריאות משער ששימושים תדירים בתכניות השב"ן נובעים מן האפשרות לממשם⁸⁴. בתשובתו של המשרד מנובמבר 2012 הוא העלה סיבות נוספות שלא נחקרו, כמו חוסר מודעות.

83 לאומית לא סיפקה נתונים בחלוקה לפי מחוזות.

84 משרד הבריאות, דוח ציבורי מסכם על תכניות בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2011 (דצמבר 2012), עמ' 18.

יוצא אפוא שתושבי הפריפריה שרכשו תכניות שב"ן מקופחים פעמיים. השירותים הרפואיים שניתנים באזוריהם מועטים מאשר במרכז, והם משלמים בגין תכניות שב"ן שלעיתים קרובות לא ניתן לממשם באזור מגוריהם ובעצם הם מסבסדים את השב"ן של תושבי המרכז.

מדד "רווחיות ללקוח" בקופות החולים - רוכשי תכניות שב"ן שאינם רווחיים לקופות: במסמך ממרץ 2012 שכתב מנהל מחוז דרום לשעבר של לאומית למשרד מבקר המדינה נאמר כי בעבר בחנו הקופות כדאיות השקעה באזורים שונים, לפי מדד "הוצאה לנפש משוקלת" באותו אזור. ערכו של מדד זה היה נמוך באופן ניכר בפריפריה, דהיינו מבוטח בפריפריה היה "רווחי" מאוד לקופה. עקב כך השקיעו הקופות משאבים כספיים גבוהים בפריפריה, וכפועל יוצא השתפרו עד מאוד התשתיות בקהילה והנגישות של שירותי הבריאות לאוכלוסיות מרוחקות. עם השנים חלה שחיקה של המקורות הציבוריים של הקופות מסך משאביהן וחל גידול בהכנסותיהן ממקורות פרטיים⁸⁵, בין היתר מתכניות השב"ן⁸⁶. הגדלת החלק הפרטי ב"עוגת ההכנסות" של הקופות יצרה פער הולך וגדל בין סך המשאבים שהקופה מקבלת לפי מבוטח בפריפריה ובין סך המשאבים שהיא מקבלת לפי מבוטח מן האוכלוסיות המבוססות יותר. מהמסמך עולה שעקב כך הקופות החלו לחשב את כדאיות ההשקעה לפי מדד "סך ההכנסה מול סך ההוצאה - רווחיות לקוח". יוצא אפוא שלקופות משתלם יותר להשקיע באזורים המבוססים מהבחינה הכלכלית, דהיינו מרכז הארץ, ולא בפריפריה. לפי המסמך, חלק מהקופות כבר עושות זאת. לעומת זאת, במרכז נרשם מימוש רחב יותר של השב"ן ולא ברור איוזו מגמה גוברת. יש לציין שבתשובתה כתבה הכללית כי אצלה אין מדד "סך ההכנסה מול סך ההוצאה - רווחיות לקוח" ומעולם לא היה, ומצער לראות שיש קופות המשקיעות באזורים המשתלמים להן יותר מהבחינה הכלכלית.



הנתונים המוצגים אינם מלמדים על מגמה ברורה. עם זאת, על משרדי הבריאות והאוצר ועל הקופות לבחון את התופעות האמורות ולשקול קביעת כללים חדשים שיבטיחו כי תכניות השב"ן לא יביאו את הקופות לידי הקצאה נמוכה של משאבים לפריפריה, ובכך למנוע "כשל שוק". יש להגביר את השוויוניות ברוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

85 פרט להכנסות מהשב"ן, לקופות הכנסות גם ממכירת תרופות, ממכירת אביזרים ועוד.
86 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2008, בפרק "סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 409.

הכללת הפריפריה בנוסחת הקפיטציה

1. את כספי ביטוח הבריאות שהמדינה גובה מן התושבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי ואת החלק הנוסף שהיא משלימה מתקציבה⁸⁷, המוסד לביטוח לאומי מחלק בין קופות החולים על פי נוסחה המשקללת מקדמים שונים (להלן - נוסחת הקפיטציה).

נוסחת הקפיטציה הופעלה לראשונה בשנת 1995 עם כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות. הנוסחה מבוססת על חלוקה לא שוויונית הקובעת כי מאחר שצורכי הבריאות של המבוטחים השונים בקופות אינם שווים, צריך לתת משקל אחר לכל קבוצת מבוטחים. המבוטחים מובחנים על ידי קריטריון מדיד (למשל גיל) המותאם לצורכי הבריאות של חברי הקבוצה. נוסחת הקפיטציה עודכנה בשנים 1997, 2005 ו-2010 בעקבות המלצות של ועדות קפיטציה שעסקו בנושא⁸⁸.

חוק ביטוח בריאות קובע שיש לכלול בנוסחת הקפיטציה מקדם של מקום מגורים המרוחק מריכוזי אוכלוסייה. מקדם זה אמור להקנות לקופות תגמול כספי בגין מבוטחים המתגוררים במקומות מרוחקים. אולם רק בעדכון שנעשה בשנת 2010 נוסף מקדם של מקום מגורים מרוחק על בסיס "מדד הפריפריאליות 2004"⁸⁹, תוך כדי מתן משקל עודף ליישובים הנמצאים באשכולות מסוימים במדד זה.

רק בשנת 2010, כ-15 שנה לאחר כניסתו של חוק ביטוח בריאות לתוקף, התווסף לנוסחת הקפיטציה מקדם של מקום מגורים המרוחק מריכוזי אוכלוסייה.

בעקבות הוספת מקדם זה ושינוי מקדמים נוספים בנוסחת הקפיטציה, קיבלו שלוש קופות חולים תוספת של כ-170 מיליון ש"ח בשנת 2011 מתוך סכום "סל שירותי הבריאות".

בדוח שנתי 62 (להלן - הביקורת הקודמת) ציין משרד מבקר המדינה כי לדעת חלק מהקופות ספק אם תוספת המשאבים שהוקצתה תהיה אכן אפקטיבית. בנוסף, לא ניתנה כל הבטחה כי מלוא הכספים יגיעו לפריפריה. עוד נאמר בדוח שלא הופעל כל מנגנון שתפקידו לבדוק אם אכן חל שיפור במדדי הבריאות השונים של האוכלוסייה בפריפריה לאחר השינוי בהקצאת המקורות.

2. עוד ציין משרד מבקר המדינה בביקורת הקודמת כי בהכנסת המקדם האמור הוסיפה ועדת הקפיטציה לנוסחה רכיב שמשמעותו קידום מדיניות ועידוד פעילויות. אולם חלק מהקופות הסתייגו מהאופן שבו הוכנס המקדם החדש לנוסחת הקפיטציה. הכללית, למשל, טענה שהוא יצר העדפת יישובים חזקים ומבוססים על פני יישובים המהווים פריפריה גאוגרפית וחברתית, ויש לבחון בהקדם תיקון למקדם החדש. ואכן, הביקורת הנוכחית העלתה כי היישובים עומר, מיתר ולהבים נכללו ב"מדד הפריפריאליות 2004" ואילו רהט לא נכללה בו.

בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות כי נוסחת הקפיטציה קובעת אם המבוטח הוא תושב פריפריה על פי "מדד הפריפריאליות 2004" שפרסמה הלמ"ס בשנת 2008,

87 בשנת 2011 עמד "סל שירותי הבריאות" על כ-32.7 מיליארד ש"ח. עלות הסל מורכבת מכספי נוסחת הקפיטציה (כ-29 מיליארד ש"ח), מכספי המחלות הקשות (כ-1.5 מיליארד ש"ח) ומהכנסות עצמיות של הקופות.

88 ליקויים בנוסחת הקפיטציה נסקרו בדוחות קודמים של מבקר המדינה. ראו בין היתר, דוח שנתי 62 (2012) בפרק "חלוקת המקורות הכספיים בין קופות החולים - מעקב מורחב", עמ' 427.

89 מדד שפרסמה הלמ"ס בשנת 2008.

ומדד זה עוסק אך ורק בריחוק הגאוגרפי של היישובים מריכוזי אוכלוסייה. לדעת כלכלנים, מדד חברתי-כלכלי או מדד משולב הכולל גם מרחק מאשפוז ראויים יותר.

הביקורת העלתה כי ב"מדד הפריפריאליות 2004", שעל בסיסו קיבלו שלוש קופות החולים את התוספות הכספיות, לא נכללו יישובים רבים מהפריפריה. במחוז דרום רק כ-55% מהרשויות המקומיות (21 מ-38) מוגדרות יישובי פריפריה. נכון לסוף 2010 מספר המבוטחים (274,000) ביישובים אלה, המוגדרים תושבי פריפריה, הוא כרבע מכלל התושבים במחוז דרום⁹⁰. כך נוצר עיוות בתחשיב. עוד עלה כי יישובים שאוכלוסייתם משתייכת למעמד סוציו-אקונומי נמוך - כמו באר שבע, רהט והיישובים הלא-מוכרים בפזורה הבדואית - לא נכללו במדד הפריפריאליות, ואילו יישובים מבוססים כעומר, מיתר ולהבים כן נכללו בו.

מאוחדת מסרה בתשובתה מינואר 2013, כי לדעתה צריך לבטל את המקדם הגאוגרפי בנוסחת הקפיטציה ולהחליפו במקדם של פריפריה חברתית.

3. בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות על היעדר התייחסות בנוסחת הקפיטציה למצב בריאותי⁹¹. חוסר התייחסות למצב בריאותי גורם לקופות להפסיד כסף רב על מבוטחים שהם חולים קשים. כאמור, נתוני הבריאות בפריפריה נמוכים מאלה שבמרכז הארץ.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי חלה התקדמות בנוסחת הקפיטציה, ויש לברך על הכנסתו של המקדם של מקום מגורים המרוחק מריכוזי אוכלוסייה לנוסחה. עם זאת, ראוי לשקול שיפור נוסף, כמו הוספת מקדמים של מצב בריאותי ומצב חברתי-כלכלי.

בתשובתו מסר המשרד כי הוא הקצה תקציבים נוספים לקופות המיועדים גם לצמצום פערי הבריאות בפריפריה - לפי מבחני תמיכה שפורסמו ברשומות - כדי לתמרץ אותן להשקיע בפריפריה⁹². עוד מסר כי הנחה אותן להציג נתונים על השקעות כספיות בפריפריה, במהלך הדיונים על תקציב הפיתוח לשנת 2013.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כי כדי לייעל את התחרות בין הקופות ולשפר את איכות השירותים הרפואיים, ראוי להגדיל את חלק התקציב שלהן המתבסס על עמידה ביעדי ביצוע שיקבע משרד הבריאות. ראוי לתקן את שיטת חלוקת המקורות הכספיים לקופות וליצור כללי מדיניות שידרבנו את הקופות לפעולות שונות שמשרדי הבריאות והאוצר מעוניינים לקדם. כמו כן, יש למצוא דרכים לתמרץ את הקופות להשקיע בפעולות לטווח הארוך העשויות להשפיע על נתוני הבריאות בפריפריה. לשם כך, ייתכן שיידרש שינוי בחוק⁹³.

90 מרכז המחקר והמידע של הכנסת, המשתנה הגאוגרפי בנוסחת הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב", 19.12.11, עמ' 13.

91 מצב הנמדד לפי אבחנה רפואית או לפי מרשמי תרופות.

92 במאי 2012 פרסם המשרד ברשומות "מבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות בקופות החולים לצורך צמצום פערים חברתיים וגאוגרפיים בתחום הבריאות". נקבע שסכום התמיכה השנתי יהיה 23.55 מיליון ש"ח לכל אחת מהשנים 2012-2013, והוא יחולק כמפורט: 30% לתכניות התערבות ברשויות בפריפריה גאוגרפית, 40% להשקעה בתשתיות ברשויות הפריפריה הגאוגרפית ו-30% לתכניות התערבות באזורי פריפריה חברתית.

93 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012), עמ' 427.

שחרור מתוכנן מאשפוז לטיפול בקהילה

אשפוז חולה המתגורר בפריפריה רחוק מביתו מקשה על משפחתו לתמוך בו במהלך האשפוז. הכללית מפעילה משנת 2006 תכנית של שחרור מתוכנן מאשפוז לטיפול בקהילה (להלן - שחרור מתוכנן מאשפוז). לפי תכנית זו מיידעים בתי החולים את המרפאות בקהילה על החולה המשתחרר מאשפוז, כדי להכין את המרפאה בקהילה לקליטתו באופן נאות, להבטיח "רצף טיפולי" ולמנוע אשפוז נוסף. באותה שנה פרסמה הכללית הנחיות בנושא העוסקות בעיקר בניהול השחרור מהאשפוז, תיאום הטיפול עם המרפאה בקהילה, העברת מידע בין המטפלים בבית החולים ובקהילה והדרכת המטופל ובני משפחתו. הפעילות הוכרה על ידי הכללית כמוצלחת במיוחד, ולדבריה הפך תהליך זה לחלק משגרת העבודה במרפאות האשפוז ובמרפאות הקופה בקהילה.

הביקורת העלתה שהמשרד טרם בחן את הסוגיה וממילא טרם הוציא הנחיות לבתי החולים ולקופות. כמו כן, ארגון ה-OECD העיר באוקטובר 2012 על תיאום לקוי בין הטיפול בקהילה לטיפול בבתי החולים במדינת ישראל, הפוגע בטיפול הרפואי בחולים⁹⁴.

מתשובתו של המשרד עולה כי רק ביולי 2012 הוא החל לפעול בנושא. באותו חודש פרסם המשרד חוזר למנהלי בתי החולים ולקופות, ובו כתב כי בנובמבר 2011 החל בהכנת "פרוייקט שיתוף פעולה רפואי" לחיזוק הקשר בין בתי החולים למרפאות בקהילה. החוזר קבע כי עד השלמת הפרוייקט וכצעד ראשון, מנהלי בתי החולים מתבקשים להעביר לקופות החולים את מכתבי סיכום האשפוז בתוך 48 שעות מיום שחרור החולה מבית החולים.

בתוקף תפקידו כרגולטור (מאסדר), על המשרד להשלים את הפעילות שהחל בה ולקבוע לבתי החולים ולקופות הנחיות בכל הנוגע לשחרור מתוכנן מאשפוז.

פעולות ייעודיות להקטנת הפערים בתחום הבריאות

משרד הבריאות וקופות החולים פועלים לצמצום הפערים במערכת הבריאות, אך גם גופים אחרים, כמו רשויות מקומיות והמשרד לפיתוח הנגב והגליל, משקיעים משאבים למען אותה מטרה. להלן סקירת הפעילות העיקרית בנושא⁹⁵:

מערכת הבריאות

משרד הבריאות : בשנת 2007 מינה המשרד "ועדה לנושא הפערים במערכת הבריאות בין המרכז לפריפריה". בוועדה ישבו נציגים מהמשרד, מהקופות ומבתי החולים. בדצמבר 2008 הגישה הוועדה את סיכומיה להנהלת המשרד. בעת הביקורת נמצא שכמה מהמלצות הוועדה כבר מולאו או

94 ראו:

OECD REVIEWS OF HEALTH CARE QUALITY: Israel, Executive Summary, Assessment and Recommendations, October 2012.

95 הדברים מובאים מהסבריהם של משרד הבריאות ושל הגופים השונים לנציגי משרד מבקר המדינה, וכן מתבססים על - משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו, עמ' 17.

היו בתהליך ביצוע, ובהן הקמת הפקולטה לרפואה בגליל, עידוד אנשי מקצוע לעבור לפריפריה, הוספת מיטות אשפוז והפעלה משותפת של מכשירים מיוחדים בכמה בתי חולים.

בשנת 2010 החלה לפעול באגף לכלכלה וביטוח רפואי במשרד יחידה מיוחדת להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות. בנובמבר 2010 פרסם האגף דוח מקיף בנושא "אי-שוויון במערכת הבריאות וההתמודדות עימו". בין היתר התייחס הדוח לנתוני בריאות נמוכים בפריפריה ולאי-שוויון בפריסת שירותי הבריאות (כוח אדם במקצועות הרפואה, פיזור מיטות אשפוז, זמינות שירותי הבריאות לעומת המרכז וכדומה). כמו כן, מאז 2010 המשרד מקיים בכל שנה כנס בנושא אי-השוויון במערכת הבריאות, ובמהלכו קופות החולים מדווחות על פעולות שנקטו לצמצום הפערים ועל פעולות עתידיות.

המשרד פועל גם לצמצום הפערים בתחומי הרפואה המונעת, בין היתר, באמצעות תכנית לצמצום תמותת תינוקות במגזר הברואי, תכנית לקידום הצמיחה והפיתוח הכלכליים של האוכלוסייה הברואית, מתן תמריצים לקופות לביצוע רפואה מונעת בתחום התזונה והפעילות הגופנית בפריפריה. הוא גם פועל בשיתוף עם הרשויות המקומיות להפעלת פרויקטים שונים בתחום הבריאות, לרבות בפריפריה.

באוגוסט 2012 מסר המשרד למשרד מבקר המדינה כי בשנים 2007-2012 הוא אישר לפתוח 55 יחידות מקצועיות בתחומים רפואיים שונים בבתי חולים ממשלתיים וממשלתיים-עירוניים. 35 מתוכן (63%) אושרו בבתי החולים בפריפריה - ברזילי, נהרייה, פוריה וזיו.

המשרד הכריז על מחויבותו לטיפול בנושא הפערים במסגרת יעדיו לשנים הקרובות. כפי שנסקר לעיל, הוא מימש כמה מהחלטותיו לצמצום הפערים בתחום התשתיות וכלל את נושא הפערים במסגרת הבקורות שהוא עושה בקופות, בין היתר, על השירות שהן נותנות בקהילה.

כאמור, המשרד פועל לעידוד הקופות להשקיע יותר משאבים בפריפריה. בתחום ההנגשה הלשונית, מסר המשרד על עריכת קורסים בבתי החולים ובקהילה לעובדים שהתמנו לאחראים לנגישות הלשונית, להכנת פיילוט לאספקת תרגום טלפוני במהלך טיפול רפואי ולקורס ייעודי לאחיות מהמגזר הברואי.

קופות החולים: הקופות החלו ביישום תכניות לצמצום הפערים, ובהן תכניות רב-שנתיות. הן הפכו את נושא צמצום הפערים לרכיב מרכזי באסטרטגיה הארגונית שלהן לשנים הקרובות. בנוסף, גיבשו הקופות תכניות ייעודיות למתן מענה לאוכלוסיות מוגדרות כמו קשישים, עולים, בני המגזר הערבי ותושבי פריפריה גאוגרפית וחברתית.

בתשובתה ציינה הכללית כי בתוך שלוש שנים, מאז החלה בשנת 2009 בפרויקט לצמצום פערים באיכות רפואית בפריפריה החברתית⁹⁶, הראו התוצאות ש-60% מהפערים נסגרו. היא הוסיפה כי החלה בשלב השני של התכנית הכולל עוד 50 מרפאות; מכבי מסרה כי הקצתה משאבים נכרים לצמצום אי-השוויון, ונרשמו הישגים מרשימים לפעילותה הבאים לידי ביטוי במדדי האיכות הקלינית ביישובים רבים; מאוחדת מסרה בינואר 2011 למשרד מבקר המדינה כי במהלך 2011 גיבשה תכנית עבודה רב-שנתית להתמודדות עם אי-השוויון.

הפקולטה לרפואה בגליל

ביולי 2007 אישרה המועצה להשכלה גבוהה את הקמתה של הפקולטה לרפואה בגליל כחלק מאוניברסיטת בר אילן. הפקולטה החלה לפעול בצפת, בשנת הלימודים התשע"ב (ספטמבר 2011 - אוגוסט 2012). באותה שנה החלו ללמוד בפקולטה 124 סטודנטים.

96 כ-10% מכלל מבוטחיה (400,000) ב-55 מרפאות.

ההוראה הקלינית⁹⁷ נעשית בבתי החולים זיו, נהרייה ופוריה, בבתי החולים האנגלי והאיטלקי בנצרת, במרכז הרפואי לבריאות הנפש מזרע בעכו וגם במרפאות הקהילה. קיום לימודים קליניים באזור הצפון חושף את הסטודנטים לעבודה באזורים אלה, וסביר להניח שחלק מהם יישאר לעבוד בצפון בתום הלימודים. מומחים טוענים שפתיחת הפקולטה בצפת תגדיל את מספר הרופאים בגליל, וכך תגדיל גם את מספר אנשי המקצועות האיכותיים במקום. הדבר יביא לידי שיפור בפרמטרים נוספים כמו ביקוש למגורים של אוכלוסייה איכותית⁹⁸.

עד ספטמבר 2012 אישרה הממשלה 30 מיליון ש"ח להקמת מבנה הפקולטה ו-20 מיליון ש"ח לשדרוג אמצעי ההוראה בבתי החולים בצפון⁹⁹.

אולם לפי הערכת המשרד, כדי לרכוש ציוד ולהקים מחלקות נדרשים כ-380 מיליון ש"ח. לדעת משרד מבקר המדינה, יש חשש כי יהיה קושי לקיים את תכנית הלימודים כדרוש ולקלוט סטודנטים נוספים בשנת הלימודים התשע"ד (2013-2014).

רשויות מקומיות

הרשויות המקומיות אילת, דימונה, מעלות-תרשיחא וירוחם השקיעו כל אחת מאות אלפי ש"ח בנושאים הנוגעים לבריאות האוכלוסייה (בין 200,000 ש"ח לכ-2 מיליון ש"ח). עיריית דימונה אף גייסה תרומות של כ-2.5 מיליון ש"ח להקמת חדר מיון קרמי.

המשרד לפיתוח הנגב והגליל

באוגוסט 2012 מסר המשרד לפיתוח הנגב והגליל למשרד מבקר המדינה כי בשל החשיבות הרבה שהוא מייחס לצמצום הפערים בתחום הבריאות, הוא הקצה בשנים 2010-2012 סכום של כ-30 מיליון ש"ח לסיוע בנושאי בריאות שונים, כגון: הקמת שתי תחנות טיפת חלב בסך 700,000 ש"ח ו-400,000 ש"ח, סיוע חלקי ברכישת MRI לנהרייה בסך מיליון ש"ח וסיוע להקמת מכון לחקר הסרטן בסורוקה בסך 1.5 מיליון ש"ח.

סיכום

פערי הבריאות במדינת ישראל בין הפריפריה למרכז באים לידי ביטוי בתחום התשתיות, בתחום כוח האדם הרפואי והסיעודי ובנתוני הבריאות. נתוני הבריאות בפריפריה נמוכים; התחלואה הכרונית גבוהה, תוחלת החיים נמוכה והתמותה גבוהה יחסית. תושבי הפריפריה שרובם צעירים ממעטים לצרוך שירותי בריאות. הפערים בנתוני הבריאות משפיעים על פריון העבודה במשק, על אבדן ימי עבודה ועל ירידה בתוצר.

97 הדרכה ולימוד של הרופאים.

98 אוכלוסייה איכותית המתגוררת באזור מסוים "מושכת" לאזור משפחות נוספות.

99 החלטת ממשלה מס' 2090 מיום 15.7.10 והחלטת ממשלה מס' 3719 מיום 18.9.11, בהתאמה.

בשנים האחרונות נקטו משרד הבריאות וקופות החולים צעדים חיוביים לצמצום אי-השוויון בתחום הבריאות הקיים בין הפריפריה למרכז. גם גופים אחרים, כמו רשויות מקומיות בפריפריה והמשרד לפיתוח הנגב והגליל, משקיעים משאבים לצמצום הפערים. פעולות אלה ראויות לציון, אך אין בהן די. על משרדי הבריאות והאוצר ועל קופות החולים להמשיך במגמה זו ולהרחיבה תוך כדי איסוף נתונים רלוונטיים ולימודם שיסייעו להשגת המטרה. עליהם להוסיף ולפעול לשיפור המצב, בעיקר בתחום התשתיות ובצמצום הפערים בתחום הבריאות. ראוי גם לבחון באופן פרטני את צורכי הבריאות בפריפריה, לרבות השירותים הרפואיים הנדרשים בכל בית חולים המצוי בפריפריה. יש למצוא פתרונות יעילים לשירותים רפואיים שבתי החולים בפריפריה אינם מספקים.

תשתיות, כוח אדם, טכנולוגיות ומידע: יש לפעול לצמצום המחסור בתשתיות והמחסור בכוח אדם רפואי. משרד מבקר המדינה ממליץ לכל בתי החולים ולכל קופות החולים בפריפריה להגביר את השימוש ברפואה מרחוק. עם זאת, יש להקפיד כי הרפואה מרחוק לא תגדיל את אי-השוויון בבריאות ותיצור שני סוגי מעמדות של מטופלים - מטופלים במרכז שיטפלו בהם רופאים ומטופלים בפריפריה שיאובחנו ויטופלו באמצעות רפואה מרחוק. על משרד הבריאות לפעול לעדכן ולשקלל את המידע שהוא מתבסס עליו בהחלטותיו בעניינים הנוגעים לענייני תחלואה, למספר מיטות אשפוז ולכוח אדם לסוגיו.

בתי חולים בפריפריה: מאחר שבתי החולים בפריפריה פועלים בתרבות של מצוקה תקציבית, משרד מבקר המדינה ממליץ לשקול כיצד ניתן לסייע להם; למשל, העברת אחוז מסוים מסכומי התרומות המתקבלות בבתי החולים במרכז למשרד הבריאות כדי שהוא יעבירו לפריפריה, בשים לב לזהירות הנדרשת בהקצאת כספי תורמים שיועדו למטרות מוגדרות. כמו כן, יש לבחון התוויית כללים שיסייעו לתמרץ את בתי החולים בפריפריה להמשיך ולהתייעל, תוך כדי התחשבות גם בנקודות התורפה שלהם. על המשרד, בשיתוף בתי החולים, לבחון מהם המודלים האפשריים ליצירת האשכולות של בתי החולים הקטנים בפריפריה ולהכריע בשאלת המודל המועדף, כדי לשפר את היעילות והמועילות שלהם. לאחר שתתקבל החלטה בנדון, יש לפעול נמרצות למימושה. ראוי שהמשרד ישקול לגבש מדדי איכות בעבור פעילותם של בתי החולים כדי לשפר את נתוני הביצוע שלהם - דבר שעשוי להגביר את התחרות בין בתי החולים ולסייע בצמצום הפערים בתחום הבריאות בין המרכז לפריפריה.

בריאות בקהילה: על המשרד לוודא שלאחר שעות הפעילות של מרפאות הקופות, יינתן לתושבי הפריפריה שירות רפואי בדומה לזה הניתן במרכז הארץ. על משרדי הבריאות והאוצר לפעול כדי להבטיח שהתכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) לא יביאו את הקופות לידי הקצאה נמוכה של משאבים לפריפריה, ובכך למנוע "כשל שוק". יש להגביר את השוויוניות ברוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בית החולים ברזילי: לברזילי מאפיינים הדומים לאלה של בתי החולים בפריפריה הרחוקה יותר. מיקומו הפיזי מציב אותו בקו עימות ביטחוני. תשתיותיו הן מן הישנות ביותר, הן אינן ממוגנות והן עלולות להיפגע ממתקפות טילים. יש להבטיח שבית החולים יפעל באופן מיטבי בשגרה ובעתות חירום.

בית החולים יוספטל: לנוכח הבעיות המיוחדות של יוספטל, על משרדי הבריאות והאוצר ועל הנהלת הכללית לשקול דרכים כדי לסייע לו. בשל אופיו ומיקומו, עליהם לבחון את האפשרות להגדיר את שירותי הרפואה ביוספטל כייחודיים, לרבות קביעת מסגרות של תקנים ושל תקציבים למימוש שירותים אלה. את בעיית כפל התשתיות באילת יש לפתור מתוך בחינת הנושא בראייה לאומית רחבה.

נוסחת הקפיטציה: יש לשקול את תיקון העיוות שנעשה בנוסחת הקפיטציה עקב הכנסת הפרמטר של מקום מגורים המרוחק מריכוזי אוכלוסייה. ראוי לשקול מקצה שיפורים נוסף כמו הוספת מדדים של מצב בריאותי ומדד חברתי-כלכלי. ראוי לתקן את שיטת חלוקת המקורות הכספיים לקופות ולמצוא דרכים לתמרץ אותן להשקיע ביעדים שהמשרד יקבע, שבסופו של יום יביאו לידי שיפור מצב הבריאות בפריפריה.

קבלת שירותי בריאות שווים באיכותם בפריפריה עשויה גם לסייע לפיזור האוכלוסייה בארץ. לחברה יש מחויבות לאזרחיה, והיא אמורה לאפשר להם לממש את הפוטנציאל הבריאותי שלהם. צמצום אי-השוויון בתחום הבריאות ייטיב עם משק המדינה גם מהבחינה הכלכלית ולשם כך ראוי לבחור כמה דרכי פעולה, לבחור את המתווה ההולם ולהקצות לכך מקורות תקציביים הולמים. שילוב כוחות בין כלל הגורמים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה יעצים את יכולת התמודדותם של משרד הבריאות, של בתי החולים ושל קופות החולים עם הפערים - התמודדות שיש לראות בה משימה לאומית.

