סוגיות בנושא אשפוז סיעודי

תקציר

האשפוז הסיעודי מיועד לקשישים "סיעודיים"[1] ו"תשושי נפש"[2] אשר אינם יכולים להישאר בביתם. לטיפול בקשישים אחראים גורמים שונים, בהתאם למוגבלותם הגופנית והנפשית ולהגדרת תפקודם; מצבם הרפואי; היות המוגבלות קבועה או זמנית ומקום שהות הקשיש (בקהילה או במוסד). לפיכך מצבו של הקשיש יכול להשתנות בין כמה מצבים, ובהתאם עשוי להשתנות הגורם האחראי[3]: כך משרד הבריאות אחראי לספק ולממן אשפוז סיעודי לקשישים סיעודיים ולקשישים תשושי נפש, בהשתתפות הנקבעת לפי קריטריונים של הכנסות הקשיש ובני משפחתו ובכפוף למגבלות תקציב של המשרד. קופות החולים אחראיות בין היתר לטיפול בקשישים המאושפזים שמצבם הוגדר "סיעודי מורכב"[4], לטיפול בקשישים הזקוקים לשיקום, לטיפול בקשישים שמצבם הוגדר "חריף"[5] או "תת-חריף"[6]; ומשרד הרווחה אחראי לפיקוח ולרישוי של מעונות שקשישים עצמאיים ותשושים חוסים בהם.

בישראל פועלים כ-320 מוסדות עם מחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש שבבעלויות שונות אשר אינן ממשלתיות: פרטיות, חברות, עמותות וקופות חולים (להלן - בבעלות פרטית או ציבורית). בסוף 2006 היו מאושפזים בהם כ-17,650 קשישים סיעודיים ותשושי נפש - מרביתם (12,302) באמצעות קודים[7] של המשרד וכ-850 במיטות במרכזים גריאטריים ממשלתיים. יתר הקשישים (כ-4,500) מאושפזים במימון גורמים אחרים לרבות מימון פרטי[8].

---

1 על פי הגדרת החוק - תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966 ונוהל המשרד, קשיש סיעודי הוא בין היתר חולה גריאטרי, סופני או תשוש נפש שמצבו דורש מעקב רפואי כל שעות היממה לתקופה ממושכת, והוא סובל מבעיות שונות, כגון ריתוק למיטה או לעגלת נכים או שאין לו שליטה על הסוגרים.

2 קשיש מתהלך הסובל מירידה בתפקודי המוח (ירידה קוגניטיבית, כגון בזיכרון או בשיפוט ומירידה קשה בתפקודי היום יום הבסיסיים) רחצה, הלבשה, אכילה ועוד.

3 האשפוז הסיעודי אינו כולל בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים.

4 קשיש סיעודי או תשוש נפש הסובל גם מבעיות רפואיות נוספות, כגון פצע לחץ בעור או שהוא נזקק לדיאליזה דרך קבע.

5 אשפוז כללי בשל מצבים כגון דלקת ריאות או זיהום קשה.

6 כשלאחר השלב החריף של המחלה עוד יש צורך באשפוז בבית חולים.

7 "קוד" הוא הקצאת מימון לחולה אחד במוסד סיעודי. ההשתתפות הכספית המרבית של הקשיש ומשפחתו יכולה להגיע עד כ-10,350 ש"ח לחודש, בהתאם למחיר יום אשפוז שקבע המשרד למוסד בו אושפז הקשיש. הקשיש או משפחתו פונים ללשכת הבריאות המחוזית של המשרד. למשרד שבע לשכות בריאות מחוזיות ובכל לשכה פועל בין היתר צוות עובדים לקביעת זכאות הקשיש לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד.

8 פרטים על הגורמים הממנים אינם מדווחים למשרד, ויש לשער כי מדובר בשילוב של מימון פרטי, תקבולי פוליסות סיעודיות מחברות ביטוח, תקבולי ביטוח לאומי, משרד הביטחון ואולי גורמים נוספים.

פעולות הביקורת

בחודשים אפריל-אוגוסט 2007 בדק משרד מבקר המדינה סוגיות אחדות הנוגעות לטיפול בקשיש הסיעודי, ובעיקר את תהליך קבלת ההחלטות בנוגע להעברת האחריות לאשפוז הסיעודי מהמשרד לקופות החולים; את פעילות משרד הבריאות לסגירת מוסדות הפועלים בלא רישיון; את ניתובם של קשישים מבוטחי שירותי בריאות כללית לאשפוז סיעודי מורכב במוסדות סיעודיים שמרוחקים ממקום המגורים של משפחותיהם; את האחריות למימון אשפוז קשישים המוזנים בהזנה מלאכותית; ואת פעילות משרד הבריאות ומשרד האוצר בתחום חלוקת המקורות של סל הבריאות (נוסחת הקפיטציה)[9] הנוגעות לקשישים[10]. כן נבדקה סוגיה בשירותי בריאות כללית ובמשרד הבריאות של היעדר הסדרה וחשש לניגוד עניינים בפעילותו של הגריאטר המחוזי של הכללית בירושלים. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, במשרד האוצר ובקופות החולים.

עיקרי הממצאים

אשפוז סיעודי - חסרונות המצב הקיים

על פי הכוונה המקורית שהייתה בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק)[11], היו קופות החולים אמורות לקבל את האחריות לאספקת שירותי אשפוז סיעודי. במועד סיכום הביקורת (ספטמבר 2007), 14 שנה לאחר חקיקת החוק, עוד הייתה האחריות לאשפוז הסיעודי בידי המדינה.

להלן כמה מהחסרונות במצב הקיים[12]: (א) פיצול האחריות המוסדית לטיפול בקשיש הסיעודי בין גופים רבים כמפורט לעיל פוגע ברציפות הטיפול הרפואי ומקשה על קבלתו. הגדרתו של הקשיש עשויה להשתנות כמה פעמים, ובהתאם - גם הגוף האחראי לו. בכלל זה פעמים רבות שוררת אי-בהירות בנוגע לגוף המחויב לטפל בקשיש הסיעודי; (ב) כאמור, קופות החולים אחראיות לשיקומם של קשישים הזקוקים לשיקום, אך אם חלה הרעה במצבם והם נהיים סיעודיים - האחריות לאותם קשישים, ובכללה האחריות למימון אשפוזם, עוברת למשרד. יוצא שלכאורה אין לקופות החולים תמריץ כלכלי לשקם קשישים; (ג) מהאמור לעיל אף עולה כי בעקבות פיצול האחריות והגורמים המממנים, ההחלטה על אשפוז החולה עלולה להיות מושפעת לפעמים משיקולים אדמיניסטרטיביים וכלכליים ולא רפואיים; (ד) קופות

---

9 קפיטציה משמעה חלוקת המקורות של סל הבריאות בין ארבע קופות החולים; עלות הסל בשנת 2006 הסתכמה בכ-24 מיליארד ש"ח.

10 ראו **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק על "אמצעים להגברת תחרות בין קופות החולים וניידות המבוטחים ביניהם", עמ' 514.

11 בנוסח של החוק המקורי הוצג היעד של העברת האחריות לכל סל השירותים לידי קופות החולים לאחר שלוש שנים מיום הפעלת החוק.

12 הבעיות הקיימות בענף האשפוז הסיעודי כמפורט להלן עלו בעבר בין היתר בוועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל 1990 (ועדת השופטת נתניהו); בוועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה מיוני 2000 (ועדת שטסמן); בעבודת משרד הבריאות ממאי 2007 בנושא העברת האשפוז הסיעודי לאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

החולים גובות כ-2,800 ש"ח לחודש כ"השתתפות עצמית" של חולים "סיעודיים מורכבים". גבייה כזו שהיא בסכום לא מבוטל היא מעין קנס על החולים המורכבים.

מגמות, המלצות, תהליכים וחלופות בנושא האשפוז הסיעודי

החסרונות האמורים לא נעלמו מעיניהם של מקבלי ההחלטות. לממשלה היו כמה חלופות להסדרת נושא האשפוז הסיעודי; האמור בענף שהיקפו כתשעה מיליארד וחצי ש"ח[13]. משרד מבקר המדינה בדק ומצא כי כמה מהן בוצעו, כמה נשקלו ולא בוצעו וכמה לא נשקלו כלל וכי בסיכומו של עניין לא נעשתה הסדרה מקיפה במשך שנים רבות. בעיקר הועלה שחסרה עבודת מטה מקיפה ויסודית בנושא על מרכיביה השונים. להלן תמונת המצב ותמצית הממצאים:

1. ניסיונות להעברת האחריות הכוללת על האשפוז הסיעודי לקופות: בהתאם לחוק ולהמלצות של ועדות שונות, מ-2004 הציע משרד הבריאות להעביר את האחריות הכוללת לקופות החולים תוך כדי העלאת 0.3% בדמי ביטוח הבריאות הנגבה מהתושבים; ההנחה של משרד הבריאות היא שאם ייכלל הביטוח הסיעודי בסל הקופות כנגד העלאת 0.3% לדמי ביטוח הבריאות כאמור, יוותר חלק ניכר מהציבור על הביטוחים הסיעודיים הפרטיים או הקבוצתיים, הנמכרים כיום בסך של כ-1.1 מיליארד ש"ח, וההוצאה הכוללת של הציבור לא תגדל הרבה יותר וכך גם ההוצאה הלאומית לבריאות. מנגד משרד האוצר התנגד ומוסיף להתנגד להצעה זו מחשש להגדלת הוצאות המדינה, ולפיכך ההצעה אף לא הועברה לדיון בממשלה.

בנוסף, משרד מבקר המדינה מצא פערים גדולים (בסך 400 מיליון ש"ח) בנתונים ששימשו את מקבלי ההחלטות - מצב כזה אינו מאפשר לבחון את ההשלכות של העלאת דמי ביטוח הבריאות למימון הרפורמה על ההוצאה הכוללת של הציבור על ביטוח סיעודי.

2. ניסיון להציע מנגנון "חלוקת הסיכונים": על פי הצעה של משרד האוצר למשרד הבריאות, יועברו לקופות החולים 50% מ"תקציב הקודים" של המשרד (כ-700 מיליון ש"ח מתוך 1.4 מיליארד ש"ח), וכנגד - יישאו הקופות ב-50% מעלות האשפוז הסיעודי[14] של מבוטחיהן. משרד האוצר לא הציג למשרד הבריאות הצעה מפורטת למנגנון "חלוקת הסיכונים" הזה וגם לא קידם את ההצעה לכלל ביצוע.

יוצא שעד מועד סיום הביקורת, 14 שנה לאחר חקיקת החוק, לא הגיעו המשרדים להסכמה בנוגע לדרך הפעולה הרצויה לשיפור הטיפול בקשיש הסיעודי, וחילוקי הדעות הביאו לקיפאון בקידום התהליך.

3. ניסיונות לעידוד פתיחת מיטות אשפוז סיעודיות במוסדות פרטיים וציבוריים: מדיניות מוצהרת זו של המשרד לא לוותה

---

13 על פי הוועדה הבין-משרדית בראשותו של פרופ' יוחנן שטסמן (מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי באותה עת) שמינו שרי הבריאות והרווחה לבחינת "רה ארגון השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה". הוועדה הגישה את סיכומיה ואת המלצותיה לשר הבריאות ב-5.6.00.

14 ההתקשרות עם המוסדות הסיעודיים, האחריות והטיפול בהנפקת "קודים" וביצוע מבחני הכנסה יישארו בטיפול המשרד.

בעבודת מטה כוללת על כל ההשלכות האפשריות על שוק האשפוז הסיעודי - הממשלתי, הציבורי והפרטי; לרבות הגברה של ממש במערך הפיקוח של המשרד על המוסדות הפרטיים.

4. כיום 64% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח הסיעודי[15]; נמצא כי ביטוחים אלו אינם מכסים במרבית המקרים את מלוא עלות האשפוז[16]. קיימת חלופה נוספת, ולפיה בטווח הארוך יבטח חלק גדול יותר מהציבור את עצמו בביטוח סיעודי קבוצתי לשם כיסוי ביטוחי רחב יותר. מן הראוי שמשרד הבריאות והמפקח על הביטוח במשרד האוצר יבחנו האם ניתן בשיתוף הקופות, לשפר את פוליסות הביטוח שלהן באופן שיענו על צורכי החולים הסיעודיים, יתנו פתרון לאשפוז הסיעודי למרבית האוכלוסייה ויחסכו מעורבות כספית של משרד הבריאות. נושא זה נמצא באחריות משותפת של שני המשרדים - משרד הבריאות ומשרד האוצר - ונמצא כי הם לא שקלו כלל חלופה זו ולא נעשתה עבודת מטה, איסוף נתונים ולמידתם, ובכלל זה השאלה - אם יוחלט על עידוד הציבור להגדיל את השתתפותו בביטוחים סיעודיים קבוצתיים, כיצד במקרה זה יבוטח אותו פלח אוכלוסייה שאין בידיו לרכוש ביטוח זה.

5. יציאה למכרז ארצי לרכישת שירותי אשפוז סיעודי: הממשלה החליטה לצאת למכרז ארצי לרכישת שירותי אשפוז סיעודי באמצעות משרד הבריאות מכ-320 המוסדות הסיעודיים הפרטיים[17] בלא שנשקלו כל ההשלכות האפשריות של מהלך זה.

6. לא נעשתה עבודת מטה כוללת ולא נבחנו ההשלכות של כל החלופות דלעיל. סוף דבר - מדובר בסוגיות מורכבות, ולכן ראוי לערוך עבודת מטה מקיפה תוך כדי שיתוף פעולה בין משרד הבריאות למשרד האוצר על שלושת אגפיו (אגף התקציבים, אגף החשב הכללי והממונה על שוק ההון) ולארבע קופות החולים. דבר זה טרם נעשה עד כה.

מוסדות הפועלים בלי רישיון

מוסד בלא רישיון ובלא פיקוח טומן בחובו סיכונים למאושפז. ביולי 2007 פעלו בארץ 49 מוסדות בלי רישיון ובלי פיקוח של המשרד, בתנאים שלדברי משרד הבריאות ומשרד הרווחה[18] "לא עונים לתנאי המחיה המינימליים הנדרשים", ומספר ניכר של קשישים ששהו בהם אושפזו בתדירות גבוהה בבתי חולים בגלל החמרה במצבם הרפואי. מאחר שמדובר באוכלוסייה חלשה ותלותית שאינה יכולה לעמוד על זכויותיה, יש חשיבות מרבית לפיקוח ולבקרה של המשרד ולפעילותו הנחרצת לסגירת מוסדות ללא רישיון, שהשהות בהם מזיקה לקשישים ואף מסכנת את חייהם.

---

15 מסמך מנכ"ל משרד הבריאות מ-2.1.2005. לדברי המשרד האמור במסמך מבוסס על נתוני משרד האוצר.

16 בעת אירוע ביטוחי לדוגמה ישולם למבוטח סך של בין 2,000 ל-10,000 ש"ח לחודש במשך שלוש עד חמש שנים, כאשר העלות הריאלית היא כ-10,300 ש"ח לחודש (על פי המחיר שמשרד הבריאות משלם). הביטוח הסיעודי החדש של מכבי לדוגמה, שייכנס לתוקף בתחילת 2008, יציע תשלום של 80% מעלות האשפוז ועד 10,000 ש"ח לחודש במשך חמש שנים.

17 בשלב ראשון בוצע ב-2007 פיילוט בנפת פתח תקווה. בעניין זה ראו את הפרק על "מכרז חלוץ ('פיילוט') לרכישת שירותי אשפוז בנפת פתח תקווה", עמ' 487.

18 לעתים יש במוסדות קשישים "עצמאיים" או "תשושים" שבאחריות משרד הרווחה, ולכן פעלו משרד הבריאות ומשרד הרווחה במשותף לסגירת מוסדות ללא רישיון.

אמנם בשנים האחרונות סגרו משרד הבריאות ומשרד הרווחה 34 מוסדות, אולם יש לגבש דרכים נוספות כדי לסייע ללשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות לאתר מוסדות הפועלים בלי רישיון ולסגרם, כגון מתן אפשרות לתת קנסות מידיים על מפעילי מוסדות בלי רישיון באמצעות פקחים.

פיקוח המשרד על הקשר שבין המוסדות הסיעודיים לקופות החולים

אף שהאחריות לאשפוז הסיעודי של קשישים סיעודיים ותשושי נפש היא של המשרד, קופות החולים ממשיכות בו בזמן לשאת באחריות לקשישים אלה על פי סל שירותי הבריאות בנושאים של אשפוז כללי, הנפקת תרופות, צילומי רנטגן, הדמיה ועוד. משרד הבריאות אמור גם לפקח על המוסדות הסיעודיים וגם לשמש כתובת לבעיות, לתלונות ולליקויים המתעוררים בנושא אספקת השירותים האמורים בקשר שבין מוסדות סיעודיים לקופות החולים ושלא נפתרו. מבירורים שעשה משרד מבקר המדינה במשרד עלה כי לא ידוע למשרד על בעיות בנושא למעט תלונה אחת מרשת המפעילה כמה מוסדות סיעודיים. לעומת זאת, במשרד מבקר המדינה התקבלו תלונות של מוסדות סיעודיים פרטיים על קשיים שיש להם עם הקופות בתחומים רבים[19]. משרד מבקר המדינה המליץ כי יוקם מנגנון לברור התלונות במסגרת נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי המטפלת בפניות פרטניות של מבוטחים, או שיוקם מנגנון אחר במשרד בשיתוף נציבת הקבילות, על פי החלטת המשרד.

ניתוב קשישים מבוטחי שירותי בריאות כללית לאשפוז סיעודי מורכב במקומות מרוחקים ממשפחותיהם

קשיש אשר זקוק לאשפוז סיעודי מורכב נזקק לקרבתם של בני משפחתו, ולפיכך ראוי לאשפזו במרחק סביר ממקום מגוריהם. בהתאם לכך, על פי הוראות משרד הבריאות, אין להפנות חולה סיעודי מורכב לאשפוז במחלקה מרוחקת ממקום מגוריו[20], כדי לאפשר ביקורים של בני משפחתו מדרגה ראשונה. משרד מבקר המדינה מצא כי אם קשיש מעוניין להתאשפז במוסד קרוב למקום המגורים של בני משפחתו וממוקם בשטחו של מחוז אחר, לעיתים הכללית מקשה עליו ומפנה אותו ואת בני משפחתו לנהל משא ומתן עם המחוז בקופה שהוא משויך אליה[21] ולשכנע אותו להגיע להסדר כספי עם המוסד המבוקש והמרוחק; הכללית מותירה את ההחלטה הסופית לשיקול דעת המחוז[22].

---

19 בנושאים שונים, כגון הסדרי קבלת תרופות, ביצוע בדיקות מעבדה והתייעצות עם רופאים מומחים במבני המוסדות.

20 מחלקה מרוחקת - מחלקה שהזמן הנדרש כדי להגיע אליה עולה על חצי שעה של נסיעה רצופה.

21 כל מחוז בכללית פועל במסגרת תקציבית עצמאית.

22 לדוגמה - מחוז חיפה והגליל המערבי של הכללית דרש מקשישה שביקשה להתאשפז באזור ראשון לציון, אשר שהתה בו במשך ארבע השנים האחרונות - עד הגדרת מצבה "סיעודי מורכב", להתאשפז במוסד במחוז חיפה והגליל המערבי.

האחריות המימונית על קשישים המוזנים בהזנה מלאכותית

חולים אשר אינם מסוגלים לאכול עצמאית מוזנים בהזנה מלאכותית באחת משתי דרכים, אשר לכל אחת מהן הגדרה רפואית שונה ואחריות מימונית שונה: הזנת זונדה[23] - מגדירה את הקשיש סיעודי מורכב[24] באחריות מימונית של קופות החולים; והזנת פג[25] - מגדירה את הקשיש סיעודי ובאחריות מימונית של משרד הבריאות או משפחתו בהתאם למצבו הכלכלי.

דרך ההזנה של החולה נקבעת לא תמיד משיקולים רפואיים אלא כלכליים, וקשישים מוזנים בהזנת זונדה בלחץ משפחותיהם רק כדי לא לשנות את הגדרתם לסיעודיים וכדי להימנע ממימון אשפוזם הסיעודי (בעלות גבוהה)[26]. אף שהנושא נדון במשך שנים בין המשרד לקופות ויש הסכמה להעביר את כל החולים הסיעודיים מורכבים[27] לאחריות המשרד, לא הוסדר הנושא בשל אי-מציאת פתרון הולם בידי המשרד לסוגיית התקציב.

נוסחת הקפיטציה - הקצאת כספים לקופות

1. החוק קובע כי על קופות החולים להבטיח את אספקתו של סל שירותים, ולצורך כך הן קיבלו ב-2006 כ-24 מיליארד ש"ח. ועדה בין-משרדית שמונתה בנובמבר 2003 העלתה בין היתר שנוסחת הקפיטציה בישראל, אשר לפיה הסכום מחולק בין קופות החולים, כוללת התייחסות רק לגיל ולכמה מחלות קשות, ואינה כוללת מדדים שארצות מערביות כן כללו בנוסחאות הקפיטציה שלהן, כגון מגדר[28], מצב רפואי, מצב כלכלי וחברתי ומקום מגורים. בעקבות מסקנות הוועדה מאפריל 2005 נעשו שינויים קלים בנוסחה, אולם למרות המלצת הוועדה שיש לעדכן את תשתית הנתונים כדי שבמועד העדכון הבא ניתן יהיה להוסיף מדדים נוספים, בביקורת עלה כי משרד הבריאות רק החל באיסוף זה.

2. טענות קופות החולים: קופות החולים חלוקות בדעותיהן בדבר מידת ההתאמה בין נוסחת הקפיטציה להוצאות שלהן על קשישים. קופות החולים פועלות גם לפי שיקול כלכלי, וכשקבוצה מסוימת אינה מקבלת כספים בהתאם להוצאותיה, השירות שניתן לה עלול להיפגע. לחלופין, אם המדינה מקצה כספים לפי חלוקה מסוימת, זכותה לדרוש בגין הכספים שהקצתה גם שירות בהתאם, ולפקח שכל ההקצאה נעשתה בצורה מיטבית ותורמת לשוויון ולבריאות המבוטחים. לפיכך משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות ולמשרד האוצר לבחון את הטענות הסותרות של הקופות ובהתאם לבדיקה לעדכן את נוסחת הקפיטציה.

---

23 זונדה - צינורית המוחדרת לקיבת החולה דרך אפו.

24 כאמור, על פי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו–1966, אחד המצבים שמוגדר בהם אשפוז סיעודי מורכב הוא חולים סיעודיים ש"הוחדר לגופם צינור דרך הושט לקיבה (זונדה)".

25 הזנת פג - צינורית שקובעה ישירות לבטן החולה בפעולה כירורגית.

26 ראו **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק על "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 591.

27 קשיש סיעודי או תשוש נפש הסובל גם מבעיות רפואיות נוספות, כגון פצע לחץ בעור או שהוא נזקק לדיאליזה דרך קבע.

28 מין - זכר או נקבה.

היעדר הסדרה וחשש לניגודי עניינים - הגריאטר המחוזי של הכללית בירושלים

פרופ׳ יוחנן שטסמן מכהן כגריאטר המחוזי של הכללית במחוז ירושלים[29]; כמנהל הרפואי של מוסד סיעודי פרטי בעיר סמוכה לירושלים (להלן - מוסד א׳), אליו מפנה מחוז ירושלים של הכללית חולים סיעודיים מורכבים[30] ותת חריפים[31] לאשפוז; כמנהל הרפואי של מוסד סיעודי פרטי נוסף בירושלים (להלן - מוסד ב׳); וכמנהל המערך הגריאטרי של המרכז הרפואי הדסה בירושלים שאליו שולחת הכללית חולים לטיפול ולאשפוז[32].

1. פרופ׳ שטסמן הנהיג חידושים בתחום הגריאטריה בקהילה למבוטחי הכללית במחוז ירושלים ובעיקר בהנהגת שיטה חדשה שמנעה או קיצרה את האשפוז של קשישים בבתי חולים כלליים וסיעודיים כשהטיפול הרפואי ניתן להם בידי צוות הכללית בביתם במסגרת של ״אשפוז בית״. בה בעת, פרופ׳ שטסמן לא דיווח לכללית על מקומות עבודתו הפרטיים במוסדות הגריאטריים א׳ ו-ב׳. כמו כן פרופ׳ שטסמן לא מילא טופס ״הצהרה בדבר ניגוד עניינים״ ולא קבע עם הכללית הסדר למניעת ניגוד עניינים בעניין עבודותיו אלה, אף כי הוא נדרש לעשות כן לפי נוהלי הכללית[33] ולפי סדרי מינהל תקין. חשיבות ההסדר וההצהרה היא גם בכך שרופאים אחרים במחוז ובכללית יידעו כי הוא מנוע מלהשתתף בדיונים מסויימים, כדי שלא להכשילו בתפקידו.

בנוסף, פרופ׳ שטסמן נמנע מלמסור למשרד מבקר המדינה פרטים על מקומות עבודה נוספים בהם הוא מועסק, בשכר או שלא בשכר.

2. עיקר עיסוקיו של פרופ׳ שטסמן במסגרת מחצית המשרה שבה הוא מועסק בכללית כגריאטר מחוזי היא לבצע הערכות גריאטריות ולעסוק בתחום ״אשפוז בית״ שבמסגרתו כ-300 קשישים. בה בעת, הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה כי הוא דן גם בבקשות של מבוטחי הכללית הנוגעות לאשפוז במוסד א׳ שהוא משמש מנהלו הרפואי, לדבריו ע״פ דרישת הנהלת המחוז, בהם - בקשות לפטור מתשלום עבור האשפוז בהם ואז הכללית נושאת בתשלום.

3. פרופ׳ שטסמן גם לא דיווח להנהלת המחוז על ליקויים שנמצאו בביקורות שעשה משרד הבריאות במוסד הפרטי מוסד א׳ שהוא משמש כמנהל הרפואי שלו, אף שבמסגרת תפקידו כגריאטר המחוזי הוא נדרש לדווח להנהלת המחוז על ליקויים שנמצאו במוסדות שאליהם מפנה הכללית את חוליה לאשפוז, כדי שתשקול את המשך ההתקשרות אתם.

---

29 הכללית נחלקת לשמונה מחוזות בכל רחבי הארץ.

30 ראו הערת שוליים 4.

31 ראו הערת שוליים 6.

32 בשנת 1993 העלה מבקר הכללית שיש חשש לניגוד עניינים בין תפקידו של פרופ׳ שטסמן כגריאטר מחוזי ובין תפקידו כמנהל המערך הגריאטרי במרכז הרפואי ״הדסה״ ירושלים, ובעקבות כך באותה שנה נקבע בין פרופ׳ שטסמן לכללית הסדר למניעת ניגוד עניינים.

33 נוהל 02-01-01 מ-16.6.99 החליף את נוהל 02-01-01 מ-30.9.95, שהחליף את נוהל 94-19-10 מ-31.5.94.

4. אשר לכללית, משנת 1993, המועד שבו נקבע ההסדר האמור, לא עשתה הכללית בדיקה תקופתית כדי לברר עם פרופ׳ שטסמן האם חלו שינויים בפעילותו - שינויים שבגינם יש לעדכן את ההסדר.

משרד מבקר המדינה גם העיר לכללית שנהליה מחייבים רק את עובדיה העוסקים ברכש לחתום בקביעות על טופס הצהרה למניעת ניגודי עניינים, ואילו את שאר עובדיה, כולל הבכירים, אין היא מחייבת לעשות כן.

5. לאחר סיום הביקורת הודיעה הכללית למנהל המחוז, שיש להכין עם פרופ׳ שטסמן הסדר מפורט למניעת מכלול האפשרויות לניגודי עניינים כפי שהסתמנו מהבדיקות שערך משרד מבקר המדינה.

סיכום והמלצות

ענף האשפוז הסיעודי, כמו שהוא מאורגן כיום בישראל, מאופיין בחסרונות גדולים ומתמשכים, שעיקרם ריבוי הגופים האחראיים לטיפול בקשיש לפי מצב בריאותו תוך כדי העברת ה״שרביט״ והאחריות מגוף לגוף. הדבר אף פוגע ברצף הטיפול. למרות זאת, לא פעלו משרד האוצר ומשרד הבריאות באופן מספק במשך 14 שנה לקדם את העברת האחריות לאשפוז הסיעודי לקופות, על פי הכוונה המקורית בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי כי בסוגיות מורכבות אלה תבוצע עבודת מטה כוללת ומשותפת של משרד הבריאות, משרד האוצר על שלושת אגפיו (אגף התקציבים, אגף החשב הכללי והממונה על שוק ההון) וארבע קופות החולים, ואת סיכומה של עבודת המטה על חלופותיה יש להעביר לממשלה.

כדי לסייע ללשכות הבריאות המחוזיות של המשרד לאתר מוסדות הפועלים בלי רישיון ולסגרם, על המשרד לקדם שינויי חקיקה ולבצע שינויים בהוראות המשרד שכבר עשור המשרד מתכנן לבצע; על המשרד לשמש כתובת לבעיות, לליקויים ולתלונות שיש למוסדות סיעודיים בנוגע לקשר עם הקופות, ועליו לבחון הקמת מנגנון לברור התלונות במסגרת נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי או בשיתוף עימה; על הכללית לגלות גמישות כדי שהחולה הסיעודי המורכב יוכל לבחור מוסד באזור בו מתגוררים קרובי משפחתו, כאשר ההתחשבנות הכספית באשר לעלות האשפוז תיעשה בין מחוזות הקופה. במידת הצורך עליה לשנות את נהליה כדי לאפשר את הקשר של הקשישים עם משפחתם הקרובה.

אף שקיימת הסכמה בין המשרד לקופות החולים, בדבר אופן ההסדרה של עניין הקשישים המוזנים באופן מלאכותי, הוא טרם יושם מאחר שהמשרד לא הסדיר את הסוגייה התקציבית. מן הראוי לקדם את הפתרון בהקדם; בעניין נוסחת הקפיטציה, ממליץ משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות לאסוף נתונים בהקדם, כדי שלאחר שתמונה ועדת הקפיטציה יהיו בפניה כל הנתונים הנדרשים לשם קבלת החלטות.

הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה כי יש חשש לניגוד עניינים בין תפקידו של פרופ׳ שטסמן כגריאטר המחוזי של הכללית בירושלים ובין עיסוקיו הפרטיים, וכי פרופ׳ שטסמן לא דיווח לכללית על מקומות עבודתו הפרטיים, לא חתם על טופס ״הצהרה בדבר ניגוד עניינים״ ולא קבע אתה הסדר למניעת ניגוד עניינים, כל זאת

בניגוד לנוהלי הכללית וסדרי מינהל תקין אף שהיתה עליו חובה לעשות זאת. משרד מבקר המדינה העיר לכללית - כי בהיותה גוף ציבורי, מן הראוי שתפעל דרך שגרה לבחינה ולמניעת ניגוד עניינים בין התפקידים שממלאים עובדיה, ובייחוד עובדיה הבכירים; וכללים אלה ראוי אף שהכללית תסדיר בנהליה.

♦

מבוא

בסוף 2005 היו בישראל כ-693 אלף איש בני 65 ומעלה (להלן - הקשישים), שהם כעשרה אחוזים[34] מכלל האוכלוסייה[35]. כ-130 אלף מהם (הן בקהילה והן במוסדות)[36] מוגבלים בביצוע הפעולות היום-יומיות[37]. קצב הגידול של הקשישים בישראל מהיר ביותר. על פי תחזית דמוגרפית שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מספר הקשישים צפוי להגיע ב-2010 לכ-726 אלף איש, ב-2015 לכ-876 אלף איש וב-2025 לכ-1.2 מיליון איש.

קשישים אשר אינם יכולים להישאר בביתם מחמת מצב בריאותם או מצבם הנפשי נאלצים להתאשפז במוסדות הכוללים טיפולים רפואיים וסיעודיים.

לטיפול בקשישים המאושפזים אחראים גורמים שונים, בהתאם למוגבלותם הגופנית והנפשית של הקשישים ולהגדרת תפקודם[38], מצבם הרפואי והיות המוגבלות קבועה או זמנית. מצבם של הקשישים יכול להשתנות ובהתאם לשינוי, הגורם האחראי עשוי להשתנות. מקצת הגדרות התפקוד השונות נקבעו בחוק, מקצתן בנוהלי משרד הבריאות ומקצתן באמצעות גופים המעורבים במתן השירותים. להלן הגדרות הקשישים בחתך של גורם אחראי:

אחריות משרד הבריאות

משרד הבריאות (להלן - המשרד) פועל בתחום הגריאטריה על פי פקודת בריאות העם, 1940, על פי התקנות שהותקנו לפיה ועל פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק). המשרד אחראי לרישוי[39] של מוסדות המיועדים לאשפוז קשישים, קובע סטנדרטים למחלקות הגריאטריות לסוגיהן, לרבות הגדרת צורכי כוח אדם (תקינה), עורך בקרות ומפקח ואוכף את החוק על מוסדות הפועלים ללא רישיון. האגף לגריאטריה במשרד הבריאות (להלן - האגף) מספק הדרכה וליווי מקצועי לכל המחלקות הגריאטריות. מלבד אלו, המשרד אחראי לספק ולממן אשפוז סיעודי לקשישים סיעודיים ותשושי נפש, כאמור, לפי קריטריונים ובכפוף למגבלות תקציב. על פי נתוני המשרד סך הקשישים הסיעודיים ותשושי הנפש המאושפזים בסוף 2006 היה כ-17,650 - מרביתם

---

34 בגרמניה ובאיטליה שיעור הקשישים מגיע לכ-19% מהאוכלוסייה.

35 המקור: "**קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2006**", מאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל ואשל, עמ' 17. "מכון ברוקדייל" הוא מכון מחקר המבצע מחקרים בסוגיות חברתיות לרבות בנושא הזקנה; "אשל" היא אגודה לטיפול בזקן. בין היתר, היא מבצעת מחקרים שונים בתחום הזקנה ומשתתפת בהם.

36 "**קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2006**", מאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל ואשל; עמ' 141, 142.

37 רחצה, הלבשה, אכילה, ישיבה וקימה מהכיסא, כניסה ויציאה מהמיטה, ניידות בתוך הבית.

38 דרגות התפקוד אינן אבחנות רפואיות, אולם הן נגזרות מהן.

39 רישיון למוסדות אשפוז מוגדר כתעודת רישום שמנפיק המשרד.

(כ-12,300) באמצעות קודים[40] של המשרד וכ-850 במיטות במרכזים גריאטריים ממשלתיים. יתר הקשישים (כ-4,500) מאושפזים במימון גורמים אחרים לרבות מימון פרטי[41].

בישראל פועלים כ-320 מוסדות סיעודיים בבעלויות שונות שאינן ממשלתיות (פרטיות, חברות, עמותות וקופות חולים - להלן בבעלות פרטית[42] או ציבורית)[43] ברישוי של משרד הבריאות (להלן - המשרד) וזה שנים רבות המשרד קונה מהם שירותי אשפוז סיעודי. בסך הכול היו 19,423 מיטות לסיעודיים ולתשושי נפש בסוף 2006 בתפוסה ממוצעת של כ-91%.

קשיש סיעודי: על פי הגדרת החוק[44] ונוהל המשרד[45], קשיש סיעודי הוא חולה גריאטרי, סופני או תשוש נפש, לרבות חולה שמצב בריאותו ותפקודו ירוד בשל מחלה כרונית או ליקוי קבוע, הדורש מעקב רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי, במשך 24 שעות ביממה לתקופה ממושכת[46]. האשפוז הסיעודי מתאים לקשישים שמוגבלותם קבועה וחמורה, מצבם הרפואי יציב ואינו מורכב ולא נמצא עבורם פתרון קהילתי מתאים. סך המיטות הסיעודיות בסוף 2006 היה 15,547 מיטות לסיעודיים ברישוי בבתי חולים גריאטריים ו-293 מיטות נוספות לסיעודיים בבתי חולים כלליים[47]. בסוף 2006 שהו במוסדות 14,492 קשישים סיעודיים.

קשיש תשוש נפש: קשיש מתהלך הסובל מירידה בתפקודי המוח (ירידה קוגניטיבית) כגון בזיכרון או בשיפוט, התמצאות ואינטלקט, באופן שמצריך עזרה מלאה בפעילות היום-יום לרבות רחצה, הלבשה, אכילה, שימוש בשירותים (אי-שליטה על הסוגרים), הכוונה בניידות והשגחה[48]. סך המיטות לתשושי נפש בבתי חולים גריאטריים בסוף 2006 היה 3,583[49]. בסוף 2006 שהו במוסדות לתשושי נפש 3,261 מטופלים.

האשפוז הסיעודי אינו כלול בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים, והוא מתבצע בשתי דרכים: באמצעות המשרד ובמימונו באמצעות הקצאת קוד, והקשיש, בן הזוג וילדיהם משתתפים במימון על פי מבחני הכנסה. ההשתתפות הכספית המרבית של הקשיש ומשפחתו יכולה להגיע עד

---

40 הקשיש פונה ללשכת הבריאות המחוזית לקבלת קוד. למשרד שבע לשכות בריאות מחוזיות המבצעות תכניות ארציות בכלל שירותי הבריאות תוך כדי שימת דגש לבריאות הציבור. בכל לשכה פועל בין היתר, צוות עובדים לקביעת זכאות הקשיש לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד. קשיש שנמצא זכאי לאשפוז סיעודי מתאשפז באמצעות קוד - הקצאת מימון לחולה אחד במוסד סיעודי. ההשתתפות הכספית המרבית של הקשיש ומשפחתו יכולה להגיע עד כ-10,350 ש"ח לחודש, בהתאם למחיר יום אשפוז שקבע המשרד למוסד בו אושפז הקשיש.

41 פרטים על הגורמים המממנים אינם מדווחים למשרד, ויש לשער כי מדובר בשילוב של מימון פרטי, תקבולי פוליסות סיעודיות מחברות ביטוח, תקבולי ביטוח לאומי, משרד הביטחון ואולי גורמים נוספים.

42 בסוף 2006 המיטות הפרטיות היו רוב - 57%; עשר שנים קודם לכן, ב-1995, הן היו 37.7% בלבד. המקור - דוח מרכז אדוה **הפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה** ברברה סבירסקי, יולי 2007.

43 המקור: נתוני משרד הבריאות מ-23.12.07; קיימות עוד כ-1,000 מיטות גריאטריות במוסדות ממשלתיים שלעתים נמצאים בהם קשישים המוגדרים סיעודיים.

44 תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966.

45 סעיף 5 לנוהל האגף לגריאטריה מס' 0.2.1 מ-1.7.07.

46 ושנתקיים בו אחד או יותר מאלה: (1) מרותק למיטה או לעגלת נכים; (2) אין לו שליטה על הסוגרים, כולם או מקצתם; (3) זקוק לעזרה מלאה או חלקית בפעולות היום-יום; (4) מתהלך בקושי רב עקב פתולוגיה או סיבוכים של מחלות שונות.

47 חמישה אחוזים בבעלות ממשלתית, 57.2% בבעלות פרטית, 35.8% בבעלות ציבורית למעט קופות ושני אחוזים בבעלות קופות החולים. המקור: "מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2006", משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.

48 מ-1.1.07 ההגדרה מובאת בקובץ נוהלי האגף לגריאטריה, נוהל 0.2.1, סעיף 3.1.6.

49 7.2% בבעלות ממשלתית, 62.4% בבעלות פרטית, 30.3% בבעלות ציבורית. המקור: "מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2006", משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.

כ-10,350 ש"ח לחודש, בהתאם למחיר יום אשפוז שקבע המשרד למוסד בו אושפז הקשיש[50]; או באופן פרטי במימון של הקשיש, ממקורותיו השונים לרבות אם זכאי למימון ע"י גורמים אחרים[51].

אחריות קופות החולים

קופות החולים אחראיות, בין היתר, למימון הטיפול בכלל הקשישים הזקוקים לאשפוז בבתי חולים, לרבות לטיפול בקשישים שמצבם הוגדר "סיעודי מורכב", בקשישים הזקוקים לשיקום, ובקשישים שמצבם הוגדר "חריף" או "תת-חריף".

חולה סיעודי מורכב: מוגדר בחוק[52] ובנוהלי המשרד[53] כחולה סיעודי או תשוש נפש דרך קבע. בשל עומס טיפול סיעודי ובשל מצב רפואי מורכב יש לדאוג שצוות בעל מיומנויות מקצועיות גבוהות יטפל בו וישגיח עליו בקביעות[54]. אשפוז חולה סיעודי מורכב מתבצע בדרך כלל בבית חולים גריאטרי או במוסד סיעודי שיש בו מחלקה ברישוי לחולים סיעודיים מורכבים. כאמור, קופות החולים מממנות את האשפוז בהשתתפות כספית עצמית אחידה של הקשישים בסך 95 ש"ח ליום[55] (ראו בנושא ההשתתפות העצמית גם בהמשך). בסוף שנת 2006 פעלו 1,528 מיטות ברישוי לאשפוז סיעודי מורכב[56] בתפוסה ממוצעת של כ-82%.

חולה גריאטרי שיקומי: מוגדר בנהלים[57] כמטופל הזקוק לטיפול שיקומי לחזרה מלאה או חלקית לתפקוד בעקבות מחלות המלוות בירידה בתפקוד[58]. קופות החולים אחראיות גם לשיקום גריאטרי - תהליך רפואי פעיל שמטרתו לשפר את התפקוד של הזקן החולה. בסוף שנת 2006 פעלו 913 מיטות ברישוי ל"גריאטריה שיקומית" בתפוסה ממוצעת של 121%[59]. מלבד זאת, יש עוד 616 מיטות לשיקום כללי, נירולוגי ואורתופדי אשר בעיקר קשישים מאושפזים בהן (כ-50%) ובתפוסה

---

50 חישוב גובה ההשתתפות העצמית נעשה לפי הקריטריונים שנקבעו בחוזר מנכ"ל מס' 24/2005 **"סיוע במימון אשפוז סיעודי/תשושי נפש באמצעות משרד הבריאות"**.

51 כגון אם נרכש ביטוח סיעודי, ביטוח לאומי לתאונות עבודה, ביטוח למקרי תאונות דרכים, משרד הביטחון.

52 על פי תקנות בריאות העם בתוספת השנייה סעיף 2.

53 סעיף 7 לנוהל האגף לגריאטריה מס' 0.2.1 מ-1.7.07. הגדרה זו רחבה מההגדרה שבחוק, כבר הובאה בספר הנהלים מ-1994 ומקורה בהסכם שבין משרד הבריאות לכללית (הסכם חבוט-פורת-לוי) עוד בשנות השמונים של המאה העשרים.

54 (1) פצע לחץ בעור; (2) בעיות תזונה הדורשות הזנה דרך זונדה או מתן עירוי נוזלים לזמן ממושך; (3) בעיות נשימתיות הדורשות טיפול כמפורט; (4) כל חולה סיעודי הזקוק באופן קבוע לדיאליזה כמפורט; (5) חולים אונקולוגים הזקוקים לטיפול אקטיבי; (6) חולים הזקוקים למשך תקופה ממושכת לעירויי דם חוזרים בתדירות העולה על פעם בחודש; (7) חולה שבעייתו העיקרית היא מתחום הרפואה הפנימית.

55 מתשובת המשרד, הכללית ומכבי עולה כי הקופות נותנות הנחות לפונים שמתקשים בתשלומים אלה על פי קריטריונים פנימיים לפנים משורת הדין.

56 12% בבעלות ממשלתית, 48% בבעלות פרטית, 18% בבעלות ציבורית למעט קופות ו-22% בבעלות קופות החולים. המקור: "מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2006", משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.

57 סעיף 8 לנוהל האגף לגריאטריה מס' 0.2.1 מ-1.7.07.

58 כגון (1) אירוע מוחי ופגיעות נירולוגיות שונות; (2) שברים ובעיות אורתופדיות אחרות; (3) דלקות פרקים עם הפרעות תפקודיות; (4) חולה לאחר מחלה קשה וממושכת.

59 38% בבעלות ממשלתית, 11% בבעלות פרטית, עשרה אחוזים בבעלות ציבורית למעט קופות חולים ו-41% בבעלות קופות החולים. המקור: "מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2006", משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.

ממוצעת של כ-85%; **חולה גריאטרי חריף** - קשיש שחולה במחלה חריפה[60] וזקוק לאשפוז בבית חולים כללי. בסוף שנת 2006 פעלו 554 מיטות ברישוי לגריאטריה חריפה בתפוסה ממוצעת של 100%; **קשיש גריאטרי תת-חריף** - קשיש אשר לאחר השלב החריף של מחלתו עוד יש צורך לאשפזו בבית חולים, ואפשר להעבירו למרכז רפואי גריאטרי, אגב שימוש בכלים ובטכנולוגיות של הרפואה הסיעודית לטיפול במחלות חריפות. בסוף שנת 2006 פעלו 192 מיטות ברישוי לגריאטריה תת-חריפה בבתי חולים גריאטריים בתפוסה ממוצעת של 80%.

אחריות משרד הרווחה

משרד הרווחה אחראי לפיקוח ולרישוי של מעונות אשר קשישים עצמאיים ותשושים חוסים בהם[61], ולעתים הוא מסייע במימון השמתם במעונות: **קשיש תשוש** - זקן הזקוק לטיפול אישי ולסיוע בפעולות היום-יום, עקב ירידה במצבו התפקודי[62]; **קשיש עצמאי** - קשיש עצמאי בתחום התפקוד האישי המסוגל לשרת את עצמו, אך זקוק לעזרה בניהול משק הבית או לשירותים חברתיים תומכים.

בחודשים אפריל-אוגוסט 2007 בדק משרד מבקר המדינה סוגיות אחדות הנוגעות לאשפוז הסיעודי[63], ובעיקר את תהליך קבלת ההחלטות בנוגע להעברת האחריות הנוגעת לאשפוז הסיעודי מהמשרד לקופות החולים, מעקב אחר פעילות המשרד לסגירת מוסדות הפועלים בלא רישיון, פיקוח המשרד על הקשר שבין המוסדות הסיעודיים לקופות החולים, ניתוב קשישים לאשפוז סיעודי מורכב במוסדות סיעודיים שמרוחקים ממקום המגורים של משפחותיהם, מסירת מידע לקשישים בנוגע לזכויותיהם, האחריות המימונית על קשישים המוזנים בהזנה מלאכותית ומעקב על יישום ההמלצות של משרד מבקר המדינה בתחום "הקפיטציה"[64]. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, במשרד האוצר, ב"שירותי בריאות כללית" (להלן - הכללית), "במכבי שירותי בריאות" (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ובקופת חולים לאומית (להלן - לאומית). בירורים נעשו בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, במאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל (להלן - מכון ברוקדייל), עם אנשי מקצוע בתחום הגריאטריה ועם מנהלים של בתי אבות סיעודיים.

---

60 כגון דלקת ריאות או זיהום קשה.

61 בהתאם לחוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה-1966 ותקנותיו. יש מעונות שיש בהם מחלקות לחולים סיעודיים ולחולים תשושי נפש, מלבד המחלקות לעצמאיים ולתשושים. מעונות אלה נתונים לפיקוח ולרישוי מטעם משרד הבריאות ומשרד הרווחה.

62 על פי הגדרת משרד העבודה והרווחה "השמת זקנים עצמאיים ותשושים במעונות" (הוראה 4.8 בתע"ס).

63 **ראו דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק על "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 571.

64 קפיטציה - חלוקת המקורות של סל הבריאות בין ארבע קופות החולים; עלות הסל בשנת 2006 הסתכמה בכ-24 מיליארד ש"ח; ראו **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק על "אמצעים להגברת התחרות בין קופות החולים וניידות המבוטחים ביניהן", עמ' 514.

חסרונות המצב הקיים באשפוז הסיעודי

הבעיות הקיימות בענף האשפוז הסיעודי כמפורט להלן עלו כבר בעבר, הן בוועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל 1990 (ועדת השופטת נתניהו), הן בוועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה מיוני 2000 (ועדת שטסמן) והן בעבודת משרד הבריאות ממאי 2007 בנושא העברת האשפוז הסיעודי לאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי; להלן פירוט:

1. **פיצול האחריות מקשה על הטיפול בקשיש הסיעודי:** עם הידרדרות הקשיש בתפקוד הגופני, הנפשי והקוגניטיבי, האחריות למתן הטיפול הרפואי-סיעודי ומימונו מתחלקת בין כמה גורמים כמו שפורט לעיל[65]. האחריות משתנה גם על פי מצבו הגופני והנפשי של הקשיש, כלומר קשיש עלול לעבור ממסגרת מוסדית אחת לאחרת ובכל אחת מהם הוא או בני משפחתו נדרשים לגלות ידע רב והבנה בסבך הביורוקרטיה, אולם מעטים האנשים הבקיאים בסבך החוקים, בנוהלי המשרד, בנוהלי משרד הרווחה ובנוהלי קופות החולים.

חשוב לא פחות, פיצול האחריות בין קופות החולים ובין המשרד פוגע ברציפות הטיפול הרפואי ובתיאום ביניהם, מקשה על הקשיש את קבלת הטיפול המתאים ומקשה על בני משפחתו המסייעים בידו, ובייחוד על הקשיש הבודד, החלש והחולה, את ההתמודדות עם הגורמים השונים המטפלים בנושא ועם הביורוקרטיה הרבה. בשל פיצול זה החולה הסיעודי הסובל מירידה בתפקוד מתקשה לדעת מאיזה גוף הוא זכאי לבקש עזרה[66].

פיצול האחריות מביא גם להיעדר טיפול ומימון במצבים מסוימים - לדוגמה: קשישים הנעשים סיעודיים זמנית (כגון, אדם ששבר את שתי ידיו וזקוק לעזרה 24 שעות ביממה), אינם עונים להגדרה של סיעודי כמפורט לעיל ולפיכך אינם באחריות משרד הבריאות ואינם זכאים לעזרה ולמימון משום גורם אחר ולמעשה "נופלים בין הכיסאות".

פיצול האחריות עלול לעורר גם בעיות הנובעות משיקולים כלכליים - לדוגמה: קשישים סיעודיים עשויים להישאר בביתם ולהסתייע במטפל, ובדרך כלל בעובד זר או בעזרה חלקית אחרת, שעלותם נמוכה הרבה יותר מעלות קוד. מאחר שלשכת הבריאות האחראית להם אינה מוסמכת לאשר להם מטפל או עזרה חלופית, ייתכן שהם יפנו לאשפוז הסיעודי שעלותו יקרה יותר.

יצוין שהעברת האחריות לטיפול בקשישים מגוף אחד למשנהו, מוסיפה לביורוקרטיה ואף עלולה לפגוע ברצף הטיפול בקשיש.

2. **היעדר תמריץ כלכלי לקופות החולים למנוע את הידרדרות הקשיש למצב סיעודי:** בשל פיצול האחריות בין הגורמים השונים, לקופות החולים האחראיות לטיפול הרפואי בקשיש הסיעודי ולשיקומו אין תמריץ כלכלי להשקיע בשיפור מצב בריאותו ותפקודו של הקשיש ולמנוע את הידרדרותו למצב סיעודי - שלב בו עוברת האחריות מהקופות למשרד הבריאות. אחריות קופות החולים מתמקדת בנתח אוכלוסייה אשר ככל שיימנעו

---

65 הרפואה הכללית והרפואה הפנימית לא אימצו לחיקן מעולם את הטיפול בחולים הסיעודיים בין היתר בשל התפיסה כי למעט מצבים חריפים מעבר לכרוניים, אין למקצוע הרפואה מה לתרום להחלמה ולהבראת חולים אלו ובשל חוסר הכשרה בגריאטריה ובסיעוד בבתי הספר לרפואה (על פי ועדת המומחים הבין-משרדית לרה ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה מ-5.6.00, עמ' 6).

66 ראו גם דוח נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מס' 6 לשנים 2004-2005 מיוני 2006, פרק חמישי "גריאטריה 'בין הכסאות'", עמ' 119.

מלהשקיע בשיקום הקשיש ובמניעת הידרדרותו למצב סיעודי, כן יקטן היקפו. לדוגמה שיקום מוצלח של חולים לאחר אירוע מוחי או לאחר שבר בצוואר הירך שצריך להיעשות במימון הקופות יכול למנוע את הידרדרותם לסיעודיים, אך אם לא ישוקמו, הם יהיו סיעודיים, והאחריות עליהם תעבור מקופות החולים למשרד ולמשפחות. גם משרד האוצר בתשובתו בדצמבר 2007 העיר כי "באופן פרדוקסלי" הקופות עשויות להרוויח מהיות הקשיש סיעודי, שכן אף שנטל ההוצאה עובר למשרד, תמשיך הקופה לקבל הכנסה עבורו בהתאם לנוסחת הקפיטציה.

יצוין כי גם נציבת קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי[67] קבעה כי התוצאה של פיצול האחריות היא קיצור האשפוז השיקומי או מניעתו, והדבר עלול לעשות את הקשיש חולה סיעודי לפני זמנו. הנציבה הציגה מקרה של קשישה שאפשר לשקמה אשר הגריאטר של הקופה שהייתה מבוטחת בה שחרר אותה להמשך שיקום בביתה, בניגוד להמלצת המומחים. רק לאחר כחודש ימים ולאחר סבל רב בבית היא אושפזה במחלקת שיקום. הנציבה קראה "למעצבי המדיניות של מערכת הבריאות לפעול להעברת האחריות על כלל האישפוז... [הסיעודי] לקופות החולים מאחר וזו האפשרות המועדפת לפתרון המצב הקיים...".

בנובמבר 2007 השיב המשרד למשרד מבקר המדינה כי הוא מקדם "בימים אלה פרויקט כוללני למעקב ובקרה על שירותי השיקום שניתנים לקשישים. הפרויקט כולל מיפוי שירותי השיקום והקמת מערך פיקוח עליהם".

3. **שיקולים כלכליים מכתיבים את צורת הטיפול:** בשל פיצול האחריות והגורמים המממנים (קופות החולים, המשרד או המשפחה), ההחלטה על אשפוז החולה עלולה להיות מושפעת לפעמים משיקולים אדמיניסטרטיביים וכלכליים. לדוגמה, חומרת מצבם של פצעי הלחץ שהרופא המטפל מגדיר - קשיש עם פצעי לחץ בדרגה 2[68] מוגדר סיעודי ואז המדינה אחראית לאשפוזו, וקשיש עם פצעי לחץ בדרגה 3 מוגדר סיעודי מורכב ואז קופות החולים אחראיות לאשפוזו; השוני באחריות חל גם כאשר קשיש מוזן בהזנה מלאכותית. אם מדובר בהזנת זונדה[69], האחריות היא של הקופות, ואם הוא מוזן בהזנת פג[70], האחריות היא של המשרד (ראו גם בהמשך).

יוצא כי בעת הטיפול הרפואי עלולים להיות מעורבים שיקולים זרים שאינם לטובת הטיפול בקשיש ולטובת בריאותו.

4. **משרד הבריאות כמפקח וכספק שירותי אשפוז סיעודיים:** עיסוקו של המשרד בהפעלה וברכש של שירותי אשפוז סיעודי פוגע במילוי תפקידיו כאחראי לרישוי של מוסדות המיועדים לאשפוז קשישים, כקובע סטנדרדים למחלקות הגריאטריות לסוגיהן, לרבות הגדרת צורכי כוח אדם (תקינה) וכעורך בקרות ומפקח על הטיפול בקשישים, לרבות אכיפת החוק על מוסדות אשר פועלים ללא רישיון[71].

---

67 בדוח מס' 6 לשנים 2004-2005 מיוני 2006, עמ' 123-125 בפרק "גריאטריה 'בין הכסאות'".

68 פצעי לחץ - משמעם חבלה ברקמות הנובעת מליקוי באספקת הדם לאזור, והם מוגדרים על פי חומרתם בארבע דרגות, דרגות 3 ו-4 הן החמורות ביותר.

69 זונדה - הזנה מלאכותית הנעשית באמצעות צינורית המוחדרת לקיבת החולה דרך אפו.

70 הזנת פג - נעשית באמצעות צינורית שקובעה ישירות לבטן החולה בפעולה כירורגית.

71 ראו גם בוועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל 1990 (ועדת השופטת נתניהו) בעמ' 148; בעבודת משרד הבריאות ממאי 2007 בנושא העברת האשפוז הסיעודי לאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בעמ' 4; בספר "מערכת הבריאות בישראל", גבי בן נון/ יצחק ברלוביץ/ מרדכי שני, בעמ' 51.

המשרד מתקשה במשך שנים רבות במילוי תפקידיו אלה עקב מחסור בכוח אדם, בעיקר בתחום הבקרות והפיקוח[72]. העברת האחריות לקופות החולים עשויה להקל על המשרד באמצעות הסבת כוח האדם המועסק בתחום הגריאטריה במשרד ובלשכות הבריאות המחוזיות[73], להגברת הפיקוח והבקרה ולביצוע תפקידיו המיניסטריאליים של המשרד לפי חוק, בלי לשנות את התקינה של העוסקים בתחום הגריאטרי במשרד[74].

5. משך ההמתנה לאשפוז סיעודי: הקצאת הקודים כרוכה לעתים בתקופת המתנה הנקבעת לפי גודל התקציב של המשרד באותה עת. אמנם במועד סיכום הביקורת (ספטמבר 2007) מסר המשרד כי אין תורים לקבלת קוד לאשפוז סיעודי, אולם בעבר היו תורים ממושכים, ואלה הביאו להטלת נטל הטיפול בקשישים על משפחותיהם, להימצאות קשישים בתנאים שאינם תואמים את מצבם וכן להיצע פתרונות אשפוז לא חוקיים[75] (ראו גם בהמשך פרק בנושא מוסדות שפועלים ללא רישיון).

6. השתתפות עצמית של החולים במימון אשפוז סיעודי מורכב: במאי 2007 הכין הסמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות במשרד סקירה[76] על נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות מ-2006. בסקירה נאמר כי היקף המימון הפרטי של שירותי הבריאות גבוה מאוד לעומת מדינות העולם המערבי; למשל כ-33% מההוצאה הלאומית לבריאות מומנו אז מתשלומים פרטיים[77] (לעומת 25.4% ב-1995). הסמנכ"ל הציע לבטל את ההשתתפות העצמית בסך 95 ש"ח ליום אשפוז שקופות החולים גובות בגין אשפוז חולה סיעודי מורכב (ובסך הכול סכום גבוה של כ-2,800 ש"ח לחודש לכל חולה). על פי נימוקיו, הדרישה לתשלום עבור אשפוז ממושך כאשר מצב החולה כה קשה אינה הוגנת ואינה עומדת ברוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במסגרת העברת כל האחריות לקופות יש מקום לשקול גם ביטול השתתפות עצמית זו.

בשל החסרונות המשמעותיים של המצב הקיים, מן הראוי היה כי משרד הבריאות ומשרד האוצר יגבשו תכניות ומסגרות אשר יתמודדו עם הליקויים שפורטו לעיל. מדובר בשינוי מערכתי-ארגוני הן קצר טווח והן ארוך טווח כדי לתקן את הליקויים.

להלן תמונת המצב והממצאים בנדון שמצא משרד מבקר המדינה:

מגמות, המלצות, תהליכים וחלופות בנושא האשפוז הסיעודי

החסרונות שצוינו לעיל לא נעלמו מעיניהם של מקבלי ההחלטות. כדי להסדיר את הליקויים הגדולים בנושא האשפוז הסיעודי עמדו בפני הממשלה כמה חלופות; כמה מהן בוצעו, כמה נשקלו

---

72 כך לדוגמה מיעוט הבקרות המבוצעות ע"י המשרד כמפורט **בדוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 588; ראו גם **דוח שנתי 55ב של מבקר המדינה** (2005), בפרק על "רכישת שירותים חברתיים", עמ' 721.

73 בכל לשכה פועל, בין היתר, צוות עובדים לקביעת זכאות הקשיש לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד.

74 המקור: טיוטה פנימית של המשרד שטרם הופצה - תזכיר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון - העברת האשפוז הסיעודי לאחריות קופת חולים), התשס"ז-2007.

75 **ראו דוח שנתי של מבקר המדינה 56ב** (2006), בפרק "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 587.

76 מסמך ממאי 2007 "היקף המימון הפרטי בישראל, השלכותיו ודרכים לצמצומו".

77 בעניין זה ראו את הפרק על "סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 409.

וטרם בוצעו, ועל כמה מהן לא ניתנה כלל הדעת, ובסופו של דבר לא נעשתה הסדרה מקיפה בהתאם; להלן פירוט כמה מהחלופות, מהמגמות ומהליקויים בנדון.

העברת האשפוז הסיעודי מאחריות המדינה לאחריות קופות החולים

בשנת 1990 קבעה ועדת נתניהו[78], בין היתר, שהמצב של "חלוקת האחריות התקציבית בין רשויות שונות אינו הגיוני, באשר האבחנה בין סיעוד מורכב לבין סיעוד רגיל אינה ברורה, דבר המקשה עד מאד על תפקוד המערכת...". הוועדה המליצה "לכלול בשירותי הבריאות הציבוריים את מכלול שירותי הבריאות לקשישים, כולל... אשפוז של חולים תשושים וחולים סיעודיים. קופות החולים תהיינה חייבות לספק שירותים אלה ומימון לכך ייכלל בחוק".

בנוסחו המקורי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקף ב-1.1.95, הוצג היעד של העברת האחריות לכל סל השירותים לידי קופות החולים לאחר שלוש שנים מיום החלת החוק. פרק הזמן של שלוש שנים נועד לאפשר את ההיערכות הארגונית של קופות החולים ומשרד הבריאות לשינוי[79]. בבסיס מגמה זו קיימת הגישה שלפיה יש לרכז תחת קורת גג אחת (קופות החולים) את האחריות הכוללת לאספקת רוב שירותי הבריאות, ובכך להבטיח את רצף הטיפול הרפואי, את יעילות הטיפול הרפואי ואת השירות לחולה.

ועדה בין-משרדית[80] המליצה ב-5.6.00 לדחות את הפתרון של העברת האחריות למתן השירות הסיעודי והפסיכוגריאטריה[81] לקופות החולים בשל החשש מתוספת עלויות גדולה בשל עלייה בביקושים. הוועדה המליצה על איגום משאבי הטיפול בחולה הקשיש במסגרת ארגונית אחת תוך כדי עבודה משותפת של כל הגורמים בתחום הסיעוד. הפיילוט שהמליצה עליו הוועדה לא בוצע ולבסוף הוחלט שלא לקדמו בשל הצעות המשרד להעברת האחריות לאשפוז הסיעודי לקופות החולים.

בכנס ים המלח מ-2002[82] נאמר כי החלופה הטובה היא העברת האחריות לקופות החולים. מאחר שהועלה חשש לקושי בריסון הביקוש לאשפוז הסיעודי, בעריכת מבחני הכנסה ובגביית ההשתתפות העצמית, ועקב כך גידול בגירעונן של קופות החולים, קבוצת הדיון שעסקה בכנס בנושא זה, המליצה בסוף דיוניה להותיר על כנם את המצב הקיים ואת שיטת המימון הנוכחית.

הצעת משרד הבריאות

בשנת 2004 החל המשרד לגבש הצעות להעברת האחריות לאשפוז הסיעודי לקופות החולים. בינואר 2005 המליץ צוות בדיקה פנים-משרדי לשר הבריאות דאז, מר דני נווה, להעביר את האחריות לאשפוז הסיעודי לידי קופות החולים. הצוות הכין הצעה ובכללה נתונים כספיים והערכת

---

78 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990.

79 המקור: מערכת הבריאות בישראל, גבי בן נון/ יצחק ברלוביץ/ מרדכי שני, עמ' 245. ראו גם את הצעת משרד הבריאות ממאי 2007, עמ' 3, להעברת האחריות לקופות החולים.

80 ועדה בין-משרדית בראשותו של פרופ' יוחנן שטסמן (מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי באותה עת) שמינו שרי הבריאות והרווחה לבחינת "רה ארגון השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה". הוועדה הגישה את סיכומיה ואת המלצותיה לשר הבריאות ב-5.6.00.

81 פסיכוגריאטריה - טיפול פסיכיאטרי לקשישים.

82 כנס בהשתתפות בכירים מהאקדמיה ומהמערכת הציבורית העוסק בנושאי בריאות וחברה שעל סדר היום. לאחרונה מתקיים כנס כזה מדי שנה.

העלויות[83] כדי להעבירה להחלטת ממשלה אך משרד מבקר המדינה העלה כי ההצעה לא נדונה. במאי 2007 גיבש משרד הבריאות הצעה מעודכנת ומורחבת בנושא[84] וחזר על דעתו לשינוי האשפוז הסיעודי לשירות הניתן במסגרת סל הבריאות תוך כדי ניתוק הקשר בין תקציב המשרד המיועד לאשפוז ובין זכאות הקשיש לקבלת אשפוז סיעודי.

המשרד העריך אז כי תוספת ההוצאה החזויה לתקציב המשרד מיישומה של ההצעה היא כ-600 מיליון ש"ח וכי את השלמת מימון זה יהיה אפשר לקבל באמצעות תוספת של 0.3% לתקרת דמי ביטוח בריאות (מ-5.0% ל-5.3%)[85].

משרד הבריאות הסביר בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי בגלל התנגדות משרד האוצר הן ההצעה המקורית והן ההצעה המעודכנת לא הועברו לאישור הממשלה.

1. על פי עמדת משרד הבריאות, מאחר שאת שוק הביטוח הסיעודי הפרטי מניעה המטרה של מקסום רווחים, רוב כספי הפוליסות אינם מנוצלים לטיפול בחולים הסיעודיים אלא מותירים בידי חברות הביטוח "קופון" של רווח, ויהיה אפשר לחסוך אותו במצב החדש. מלבד זאת, משנדרש הקשיש לממש את זכויותיו על פי הפוליסה, לא תמיד הוא מסוגל לעמוד על זכויותיו.

המשרד מעריך כי עם הזמן יגדל אמון הציבור במערכת האשפוז הסיעודי, וחלק ניכר מרוכשי הביטוחים הסיעודיים (פרטיים, קבוצתיים ובאמצעות קופות החולים) יפסיקו לרכשם, ולפיכך העלאת דמי ביטוח הבריאות הנדרשים למימון הרפורמה תגדיל חלקית בלבד את נטל ההוצאה של הציבור לנושא ו"מאזן היתרונות הכרוך בצעד זה גובר על הסיכון של הגדלת ההוצאה".

המשרד כתב בהצעתו האמורה ממאי 2007, כי על פי הנתונים שבידיו, יותר מ-60% מהאוכלוסייה רוכשים ביטוח סיעודי והיקפי כלל הפוליסות הסיעודיות הנרכשות נאמדות בכ-600 מיליון ש"ח[86].

אולם מבירור שערך משרד מבקר המדינה אצל המפקח על הביטוח במשרד האוצר באפריל 2007 עלה כי להבדיל מנתוני המשרד, על פי נתוניו, היה סך הפרמיות שנגבו מהציבור בשנת 2005[87] עבור הביטוחים הסיעודיים כמיליארד ש"ח[88]. נתון זה שונה משמעותית מנתוני המשרד כאמור לעיל.

משרד הבריאות מסר בתשובתו מנובמבר 2007 למשרד מבקר המדינה כי אין מדובר בסתירה אלא ב"מגמות זמן" והאומדנים של משרד הבריאות מתבססים על דוחות משרד האוצר הזמינים באינטרנט על פי זמן כתיבת המסמך (מסמך מ-2005, ובו נתונים מ-2003). היקפי הביטוח הסיעודי עולים משנה לשנה, ומגמה זו היא הסיבה להבדלים הניכרים המובאים בדוח.

---

83 ראו **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 582.

84 ההצעה ממאי 2007 כללה נוסח מוצע להצעת מחליטים של הממשלה; תזכיר חוק ביטוח בריאות - תיקון, העברת האשפוז הסעודי לאחריות קופות החולים, תמונת המקורות והשימושים לפני הפעלת החוק ולאחר מכן, הסדרי ההשתתפות העצמית; הגדרת זמן סביר, חופש בחירה בספק שירותים, קביעת מחיר מינימום לאשפוז הסיעודי ועוד כמה נושאים.

85 התוספת בסך 0.3% על פי המשרד תחול רק על מקבלי הכנסות גבוהות המשלמים את תקרת התשלום עבור ביטוח בריאות ולא על מיעוטי הכנסה המשלמים כיום שיעור של פחות מחמישה אחוזים.

86 המשרד העריך אז כי כ-100 מיליון ש"ח מהם מיועדים לעתודות אקטואריה וכ-200 מיליון ש"ח נוספים הם רווחי חברת הביטוח - כספים שאפשר לנצל לטובת האשפוז הסיעודי.

87 נתון אחרון מעודכן שהיה באפריל 2007 התייחס לשנת 2005.

88 כ-356 מיליון ש"ח לביטוח פרטי וכ-535 מיליון ש"ח לביטוח קבוצתי באמצעות שלוש קופות החולים, ו-107 מיליון ש"ח לביטוח קבוצתי באמצעות מכבי ובסך הכול כמיליארד ש"ח. אין זה כולל ביטוחים קבוצתיים אחרים (קולקטיבים).

אולם, מן הראוי היה במועד ביצוע עבודת המטה במאי 2007 להתבסס על נתונים מהימנים ולא על דוחות זמינים באינטרנט, שאינם מעודכנים אלא לשנת 2003 כאמור.

יוצא שקיים הבדל מהותי של כ-400 מיליון ש"ח בין הנתונים שהתבסס עליהם המשרד בעבודת המטה שהכין ובין הנתונים של משרד האוצר באותה נקודת זמן שהם מעודכנים יותר[89]. מדובר בפערי נתונים גדולים שאינם מאפשרים למקבלי ההחלטות לבחון את ההשלכות של העלאת דמי ביטוח הבריאות למימון העברת האחריות לקופות החולים בסך 0.3% על ההוצאה הכוללת של הציבור, בהנחה כאמור (של משרד הבריאות) כי עם הזמן יגדל אמון הציבור באשפוז הסיעודי הניתן באמצעות הקופות והציבור יפחית את רכישת הביטוחים הסיעודיים (הפרטיים והקבוצתיים) שנמכרו בשנת 2006 בסך של כ-1.1 מיליארד ש"ח.

לפיכך נדרשת עבודת מטה של משרד הבריאות ומשרד האוצר, הן כדי לאסוף נתונים מהימנים והן בהקשר של סוגיית העברת האחריות לקופות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מאחר שנדרשים דיונים משותפים לשקילת האפשרויות השונות, בסיס הנתונים חייב להיות אחיד, מאותה השנה וללא פערים.

2. יצוין גם כי אומדני משרד הבריאות ומשרד האוצר אינם מביאים בחשבון את כל מצבי הביטוח הסיעודי. כך למשל, הם אינם מתייחסים לכפל הביטוח הנוצר כאשר אדם קונה נכס בבית אבות עצמאי ומקבל 36 חודשים טיפול סיעודי בהנחה.

המשרד השיב כי קוני נכסים אלה משתייכים לפלח אוכלוסייה מהשכבות הגבוהות יחסית ואין דיווח מרוכז על נתונים אלו, ולפיכך לא ניתן להתחשב בהם.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לאסוף מידע גם בתחום זה, להתחשב בנתונים ולהכין אומדן למגמות בתחום זה, ואולם דבר זה לא נעשה.

עמדת משרד האוצר וטענות משרד הבריאות נגדה

1. **התנגדות משרד האוצר להצעת משרד הבריאות**: על פי עמדת משרד האוצר[90], תיצור העברתה המלאה של האחריות לקופות החולים בעיה של איבוד דמי ההשתתפות העצמית של הקשיש וילדיו, שנגבים כיום באמצעות לשכות הבריאות. משרד האוצר מסר בדצמבר 2007 כי העברת האחריות לקופות היא "הטבה רגרסיבית, שכן כיום בעלי ההכנסה הגבוהה משתתפים בתשלומים עבור האשפוז הסיעודי". בעיה נוספת שתיווצר: תידרש תוספת תקציב לקופות החולים בגובה של כ-700 מיליון ש"ח (יותר מ-200 מיליון ש"ח בגין אבדן הכנסות והיתר בגין ביקוש כבוש[91] שהשוק הפרטי מספק אותו כיום).

בנובמבר 2007 מסר המשרד למשרד מבקר המדינה כי משרד האוצר מתנגד להעברת האחריות לטיפול הסיעודי בעיקר בשל החשש מגידול בהוצאה. לדברי המשרד, בשנים האחרונות הוא הצליח להתגבר על בעיית התור שהייתה בעבר ובמועד סיכום הביקורת (נובמבר 2007) אין חולים סיעודיים

---

89 מתשובת משרד הבריאות עולה כי האומדן שלו מתייחס כאמור לנתונים מ-2003 בעוד שנתוני המפקח על הביטוח מתייחסים ל-2005.

90 בדיון שהתקיים בהשתתפות נציגי משרד האוצר ומשרד הבריאות ב-13.3.07.

91 ביקוש כבוש - ההנחה היא כי עיגון הזכאות בחוק תסיט ביקושים מהשוק הפרטי לאחריות קופות החולים וכן תוסיף ביקושים עקב מעבר חולים מטיפול בקהילה למסגרות מוסדיות.

הממתינים לפתרון בשל מגבלות תקציב, ועל כן לא תביא העברת האחריות לפריצת מסגרת התקציב.

מאחר ומדובר במחלוקת מקצועית בין שני המשרדים מן הראוי שגורמי המקצוע במשרד האוצר ובמשרד הבריאות יפעלו במשותף לשם בחינה כוללת של הנושא.

2. **הצעת משרד האוצר, מנגנון "חלוקת הסיכונים":** על פי הצעת משרד האוצר[92], יש לגבש מנגנון חלוקת סיכונים בין משרד הבריאות לקופות החולים באופן שהקופות יישאו ב-50% מעלות האשפוז הסיעודי של מבוטחיהן. מנגד, יועבר מתקציב הקודים של המשרד לעלות סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים סכום השווה ל-50% מתקציב המשרד המיועד למימון פתרונות האשפוז הסיעודי (כ-700 מיליון ש"ח מתוך 1.4 מיליארד ש"ח במחירי תקציב 2007). כל הטיפול בהפניית הקשיש לאשפוז סיעודי לרבות הנפקת הקודים, מבחני ההשתתפות העצמית וכדומה, ייוותרו בידי המשרד, והקופות ישתתפו במחצית עלות האשפוז. לדברי משרד האוצר, יצמצם המהלך את המוטיבציה של קופות החולים להפנות קשישים לאשפוז סיעודי ללא צורך רפואי לכך, ומנגד יגביר את אינטרס הקופה להקים תשתיות הולמות של שירותים קהילתיים ושיפור תנאי שהותם של הקשישים בקהילה.

3. **התנגדות משרד הבריאות להצעת "חלוקת הסיכונים":** משרד הבריאות מתנגד להצעת משרד האוצר כמו שעלה בדיון שהתקיים במרס 2007 בהשתתפות נציגי משרד האוצר ומשרד הבריאות[93]. לטענת משרד הבריאות, בהצעת משרד האוצר אין טיפול של ממש בבעיית התפר בין אחריות משרד הבריאות לאחריות קופות החולים והרצף המקצועי המבוקש בטיפול בקשיש אינו מושג; מדובר בצעד מלאכותי שלא יפסיק את כפל הביטוחים[94] מאחר שאמון הציבור בביטוח הסיעודי לא ישתפר מספיק; אבדן השתתפות עצמית של הקשיש וילדיו אינו נימוק לשלילת הפתרון להעברה מלאה לקופות החולים מכיוון שאפשר למצוא דרך פרוגרסיבית לגבייתו[95]. לטענת משרד הבריאות, יש בעיה ביצירת תמריץ כלכלי לחיסכון באשפוז הסיעודי ללא מנגנונים מאזנים להבטחת זכאות, איכות וזמינות[96].

עוד טען משרד הבריאות כי גם הנימוק של העלות המשוערת של התהליך המלא (700 מיליון ש"ח) שהציג משרד האוצר אינו מבוסס וכי המסקנות הוסקו ללא בדיקה מדוקדקת של המספרים; ההנחה של משרד האוצר שהעברת חצי מיליארד ש"ח תבטיח הקמת תשתיות הולמות בקהילה אינה מבוססת על בדיקה מעמיקה של הנתונים; הסכנה בפיצול האחריות היא היעדר מחויבות למתן דין וחשבון[97] של הגורמים המעורבים; המהלך המורכב שמשרד האוצר מציע יביא להשקעת אנרגיה רבה בהשגת 50% מהתוצאה בלבד. עוד אמר מנכ"ל המשרד לנציגי משרד האוצר שעליהם לנסות ולהציע פתרון טוב יותר מזה שמשרד הבריאות מציע ולא טוב יותר מהמצב הקיים. אף שמשרד האוצר הבטיח כי יציג הצעה מפורטת בנושא, עד מועד סיכום הביקורת הוא לא עשה זאת.

יוצא שמשרד האוצר לא הציג הצעה מפורטת למנגנון "חלוקת הסיכונים" אשר הציע.

---

92 מסמך משרד האוצר מ- 3.12.06.

93 בדיון שהתקיים ב-13.3.07 בהשתתפות נציגי משרד האוצר ומשרד הבריאות.

94 כפל הביטוחים - רכישת ביטוחים סיעודיים בסך כ-1.1 מיליארד ש"ח, כאמור בד בבד עם הפעלה אפשרית של מנגנון "חלוקת הסיכונים".

95 כאמור, משרד הבריאות צירף את מנגנון ההשתתפות העצמית המוצע להצעת המחליטים לממשלה.

96 מכתב מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' אבי ישראלי מ-6.2.07 לרכז הבריאות באגף התקציבים במשרד האוצר.

97 Accountability - מחויבות למתן דין וחשבון.

נציגי משרד האוצר מסרו למשרד מבקר המדינה כי מנגנון "חלוקת הסיכונים" הינו בגדר רעיון ראשוני ולפיכך לא הוצגה הצעה מפורטת.

יצוין כי בדיון האמור ממרס 2007 טען מנכ"ל משרד הבריאות כי עיגון האשפוז הסיעודי בחוק עומד בראש סדר העדיפויות של שר הבריאות וכי הטיפול בקשיש ובזכויותיו הוא נושא בריאות ולא חלק "מהאקטואריה". גם שר הבריאות הצהיר בכמה הזדמנויות[98] כי בכוונתו להציג את תכנית המשרד לאישורה של הממשלה, ולכשתאושר - לפעול במהרה לקידום תיקוני החקיקה הנדרשים. כאמור, לדעת משרד הבריאות, מאחר ובתקופה בה הועלתה ההצעה אין תורים לקבלת קודים, זוהי שעת הכושר לביצוע המהלך.

משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2007 כי משרד האוצר סירב להעביר את האשפוז הסיעודי לקופות וכי חילוקי הדעות בין המשרדים הביאו לקיפאון בקידום התהליך. עוד נמסר כי מדובר בשינוי שקשה יהיה לבצעו במקביל לקידום העברת האחריות על בריאות הנפש לקופות[99].

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי היה לשתף גם את קופות החולים בעבודת המטה ובקבלת ההחלטות.

יצוין כי ב-4.7.07 עלתה לדיון בכנסת הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון - אשפוז סיעודי), התשס"ו-2006 של חברת הכנסת אורית נוקד[100] להעברת האשפוז הסיעודי לאחריות הקופות. בדיון הוחלט להעביר את הצעת החוק לדיון מוקדם בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, אולם עד מועד סיכום הביקורת (ספטמבר 2007) לא הוצגה התכנית לממשלה.

המשרד מסר בתשובתו מינואר 2008 כי אין לו שליטה על המועד שהצעת חוק פרטית מובאת בו לדיון בוועדה מוועדות הכנסת. אשר להצגת התכנית בפני הממשלה מסר המשרד ש"למרות התנגדות משרד האוצר, בדעת שר הבריאות להביא את העניין להכרעת הממשלה במהלך השנה הקרובה".

☆

מדובר בנושא שעלה כבר בעבר בוועדות שונות מאז 1990 אולם לא התקבלו החלטות מחייבות. דיונים בנושא מתנהלים לסירוגין מאז שנת 2004 ללא קביעת לוחות זמנים לסיום ההליך וללא בסיס נתונים אמין שיהיה מצע לדיונים. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד האוצר ומשרד והבריאות לזרז את הטיפול בנושא ולקבל החלטות לביצוע.

---

98 בהם - מכתבו מ-27.11.06 לשר האוצר דאז, מר אברהם הירשזון, שעל פיו החליט להציג את הטיפול בנושא בסדר עדיפות גבוה ביותר, בצירוף הצעת מחליטים אשר ביקש להעביר לאישור הממשלה; מכתבו ממרס 2007 לחבר הכנסת חיים אורון, שעל פיו בכוונתו להציג את הצעת משרד הבריאות לאישור הממשלה; פרסומים באמצעי התקשורת; דבריו בדיון בכנסת ב-4.7.07 על הצעת חוק בנושא.

99 ההחלטה בדבר העברת האחריות על בריאות הנפש לקופות עברה כהצעת חוק ממשלתית בקריאה ראשונה בקיץ 2007 והוחל לדון בה במסגרת ועדה בכנסת.

100 גם לחברת הכנסת שלי יחימוביץ' הייתה הצעת חוק דומה, והיא ביקשה בדיון שהתקיים להצמיד את הצעתה להצעת החוק של חברת הכנסת אורית נוקד.

הגדלה משמעותית של מספר מיטות האשפוז הסיעודיות הפרטיות

מדיניות הממשלה היא לעודד פתיחת מיטות סיעודיות במוסדות פרטיים, ובו בזמן לצמצם את מספר המיטות הסיעודיות בבתי החולים הממשלתיים הגריאטריים[101]. מלבד זאת, המשרד מקדם רפורמה לשינוי המרכזים הגריאטריים לבתי חולים ייעודיים, כמו שקיים בעולם המערבי; במסגרת זו מתוכננת הסבה של מרבית המיטות הסיעודיות במרכזים הגריאטריים למיטות אקוטיות[102], שהן תחליף למיטות פנימיות בבתי חולים כלליים.

המדיניות לצמצום מספר המיטות הממשלתיות מקורה ברצון לקצץ בהוצאות הממשלתיות, שכן מחירו של יום אשפוז במוסד פרטי או ציבורי זול יותר מאשר בבית חולים ממשלתי: העובדים במוסדות הממשלתיים מוגנים בהסכמי שכר ובהסכמים קיבוציים וזוכים לתמיכה מאת ועדי עובדים, ואילו עובדי המוסדות הפרטיים והציבוריים מועסקים בדרך כלל בחוזים אישיים או באמצעות חברות כוח אדם ומקבלים שכר נמוך יותר. המשרד הסביר כי הוא פועל לשנות את המרכזים הגריאטריים שבבעלותו למרכזים המתמחים במחלות הזקנה בעזרת כוח האדם המיומן שבהם, כדי לשפר את השירות הרפואי לקשישים.

בין 1995 ל-2006 גדל מספר המיטות הפרטיות ב-141% (מ-4,788 ל-11,568), ומספר המיטות הסיעודיות הציבוריות - ב-33% (מ-5,323 ל-7,070). לעומת זאת, מספר המיטות הממשלתיות לסוגיהן נשאר כמעט ללא שינוי (גידול של שני אחוזים - מ-1,738 ל-1,778).

משרד הבריאות הסביר בתשובתו מאוקטובר 2007 למשרד מבקר המדינה כי "מגמת המדינה לצמצם את מספר המיטות הסיעודיות בבעלות ממשלתית הינה נכונה - במצב הנוכחי בו קיימת חלופה במסגרת מיטות ציבוריות ופרטיות, בעלות נמוכה יותר ותחת בקרה ופיקוח של המשרד ובעלות נמוכה יותר". המשרד הוסיף כי עידוד בניית מיטות פרטיות אינו בבחינת חלופה, אלא עולה בקנה אחד עם מהלך העברת האחריות לקופות. ראש האגף לגריאטריה מסר בדצמבר 2007 כי היציאה למכרז הפיילוט בנפת פתח תקווה[103] (ראו בהמשך), דווקא הקפיאה יזמות של פתיחת מיטות במוסדות פרטיים. המשרד הסביר בינואר 2008 כי "תהליך המכרז והשינויים הנלווים אליו יוצרים תקופת מעבר של קיפאון וחששות".

יוצא שבמשך עשור הוספו רק מיטות פרטיות וציבוריות, והממשלה למעשה "הקפיאה" את השתתפותה. מהלך זה דורש הגברה משמעותית של מערך הפיקוח של המשרד על המוסדות הפרטיים. דבר זה לא נעשה.

חלופה נוספת - שיפור ועידוד הביטוח הסיעודי

במאי 2007 היו 64% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח סיעודי באמצעות קופות החולים[104], וסך ההוצאה על פוליסות הייתה כ-1.1 מיליארד ש"ח. בביטוח סיעודי משולם למבוטח בעת אירוע

---

101 כך למשל מיטות סיעודיות מוסבות למיטות גריאטריה פעילה במרכזים הגריאטריים הממשלתיים בפרדס חנה ובנתניה; מתוכננת גם סגירה של המרכז הגריאטרי הממשלתי בראשון לציון.

102 מיטות אקוטיות - מיטות באשפוז כללי לטיפול במחלות חריפות, כגון דלקת ריאות או זיהום קשה.

103 בעניין זה ראו את הפרק על "מכרז חלוץ ('פיילוט') לרכישת שירותי אשפוז בנפת פתח תקווה", עמ' 487.

104 המקור - מסמך מנכ"ל משרד הבריאות מ-2.1.05. לדברי המשרד המסמך מתבסס על נתוני האוצר כמו שעיבדו אותם פרופסור רוויטל גרוס ושולי ברמלי ממאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל.

הביטוח בדרך כלל סכום שנע בין 2,000 ל-10,000 ש"ח במשך שלוש עד חמש שנים, תמורתם המבוטח משלם פרמיה חודשית שנעה בין אפס ש"ח (לילדים, אם הוריהם מבוטחים) ובין מאות שקלים בחודש בביטוח סיעודי פרטי. קיימות גם פוליסות ביטוח המבטיחות תשלום תגמולי ביטוח לכל תקופת חיי המבוטח.

כך למשל הביטוח הסיעודי הקבוצתי החדש של מכבי, שייכנס לתוקף בתחילת 2008, מציע תשלום לקשישים ולמשפחותיהם במשך חמש שנים - 80% מעלות האשפוז עד 10,000 ש"ח. חולה סיעודי המעדיף להישאר בביתו יוכל לבחור בין קבלת שירות סיעוד ובין קבלת פיצוי כספי[105]. בקופות האחרות התנאים של הביטוחים הקבוצתיים טובים פחות[106].

אשפוז סיעודי בעת התהוות האירוע הביטוחי הוא נטל כלכלי כבד על רוב המשפחות, למרות קבלת דמי הביטוח. לאור השיפור המשמעותי בפוליסה הסיעודית החדשה של מכבי, מן הראוי שמשרד הבריאות והמפקח על הביטוח במשרד האוצר ייבחנו האם ניתן, בשיתוף הקופות, לשפר את פוליסות הביטוח שלהן ולהגיע לפוליסה אשר תענה על צורכי החולים הסיעודיים, תיתן פתרון לאשפוז הסיעודי למרבית האוכלוסייה ותחסוך מעורבות כספית של משרד הבריאות.

הגדלת מספר המבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים תקטין בין השאר גם את מספר הקשישים שיזדקקו לקוד ואת ההוצאות של משרד הבריאות במימון ה"קודים". במצב כזה יש להמשיך ולתת פתרון לאותו חלק מהאוכלוסייה שאין לו אפשרות לממן את האשפוז הסיעודי מכספו.

אף שנושא הביטוח הסיעודי נמצא באחריות משותפת של שני המשרדים - משרד הבריאות ומשרד האוצר - נמצא כי הם לא שקלו כלל חלופה זו ולא נעשתה עבודת מטה, איסוף נתונים ולמידתם, ובכלל זה השאלה אם יוחלט על עידוד הציבור להגדיל את אחוז המבוטחים בביטוחים סיעודיים קבוצתיים, כיצד יבוטח אותו פלח אוכלוסייה שאין בידיו לרכוש ביטוח זה. על משרד האוצר ומשרד הבריאות לבחון בין שאר החלופות גם חלופה זו של הגדלת אחוז המבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, שיאפשר לחולים לבחור מבין מספר אפשרויות שונות של ביטוח לפי צרכיהם.

---

105 מחירון מכבי מיולי 2007 המתייחס לביטוח הסיעודי הישן של מכבי קובע כי מבוטח בן 50 לדוגמה משלם סך של 18.20 ש"ח לחודש.

106 במאוחדת לדוגמה מבוטח בן 50 משלם מיוני 2007 בתכנית "מאוחדת זהב" 61.5 ש"ח בחודש. אין דרך להשוות השוואה כוללנית בין תכניות ביטוח סיעודי לחברי קופות החולים מכיוון שתגמולי הביטוח נקבעים לפי פרמטרים שונים (כגון: שהות בבית לעומת שהות במוסד, אופן הפיצוי - שיפוי, פיצוי או מתן שירות).

חלופה נוספת שהוחל בה - מכרז בנושא רכישת שירותי אשפוז סיעודיים[107]

כמו שמסר משרד האוצר למשרד מבקר המדינה, מערך האשפוז הסיעודי (כ-320 המוסדות שקשישים סיעודיים מאושפזים בהם בין השאר בקוד של המשרד) מאופיין בכשלים ובליקויים מהותיים, כגון פערים בסטנדרדים הקיימים במוסדות האשפוז השונים (איכות המבנים, כמויות הציוד, איכות כוח האדם המקצועי) ובאי-התאמה בין רמת השירות לגובה מחירי האשפוז המשולמים במוסדות. בפועל, עד 2007 נעשו כל ההתקשרויות עם המוסדות הסיעודיים בלא מכרז. משכך, כל המתכונת הכלכלית וכן החוזים שמערך זה פועל על פיהם טעונים שינוי יסודי להבטחת איכות הטיפול במאושפזים ולהבטחת הניצול היעיל של תקציב המדינה.

בעקבות כך החליטו משרד האוצר ומשרד הבריאות להסדיר את הענף באמצעות יציאה למכרז ארצי. בשלב ראשון הוחלט לבצע מכרז פיילוט בנפת פתח תקווה, שיש בה 26 מוסדות, ובהם כ-2,730 מיטות סיעודיות. מכרז הפיילוט בנפת פתח תקווה פורסם לציבור בינואר 2006 ובוצע בשנת 2007. מכרז הפיילוט תוכנן כשלב מקדים שיוסקו ממנו מסקנות בנוגע ליציאה למכרז ארצי. לאחר סיום הביקורת הודיעו משרד האוצר ומשרד הבריאות כי בכוונתם ליישם את הלקחים שעלו במכרז הפיילוט במכרז ארצי אשר יבוצע בשנת 2008.

משרד הבריאות כתב בנובמבר 2007 למשרד מבקר המדינה כי לדעתו, לא יהיה אפשר להעביר לקופות החולים שירות שהשוק מצוי בו במצב של "כאוס", ויהיה קל יותר להעביר שירות שיש בו אחידות בסטנדרדים ובמחירים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי נושא זה לא נבחן עם קופות החולים וכי לא נשקלו כל ההשלכות האפשריות של יציאה למכרז ארצי לרכישת שירותי אשפוז סיעודי על הענף.

☆

בביקורת עלה כי לא נעשתה עבודת מטה משותפת של משרד הבריאות, משרד האוצר על שלושת אגפיו הקשורים לנושא (אגף התקציבים, אגף החשב הכללי והממונה על שוק ההון) וארבע קופות החולים. מקצת מהאפשרויות הן פתרון ביניים לטווח קצר, אולם הן בבחינת חיסרון לטווח ארוך, לכל אחת מהן יש יתרונות וגם חסרונות.

לדעת משרד מבקר המדינה מדובר בסוגיות מורכבות ובהיקף שוק משמעותי של תשעה מיליארד וחצי ש"ח[108], ולכן ראוי לערוך עבודת מטה מקיפה תוך כדי שיתוף פעולה בין כל הגורמים שצוינו.

---

107 בעניין זה ראו את הפרק "מכרז חלוץ (פיילוט) לרכישת שירותי אשפוז בנפת פתח תקווה", עמ' 487.

108 ראו הערת שוליים 13.

מוסדות הפועלים בלי רישיון

על פי פקודת בריאות העם, 1940, והתקנות שהותקנו לפיה (להלן - הפקודה), משרד הבריאות אחראי גם לרישוי[109] של מוסדות סיעודיים שקשישים המוגדרים סיעודיים או תשושי נפש מאושפזים בהם, ולפיקוח עליהם. האגף לגריאטריה פרסם קובץ נהלים, ובו הוראות למוסדות בדבר התנאים ההכרחיים להפעלת מוסד.

מוסד סיעודי הפועל ללא רישיון עלול לפעול ברמה נמוכה מהתנאים להפעלה שקבע המשרד. מדובר בדרך כלל במוסדות שאינם מותאמים לצרכיו של אדם מוגבל, אין בהם צוות מקצועי מתאים, אין בהם פיקוח רפואי, והשהות בהם פעמים רבות היא בגדר סיכון לחייהם, לבריאותם ולשלומם של הקשישים. לפיכך יש חשיבות רבה לפעילות נחושה למיגור התופעה[110].

הסיבה העיקרית להפעלת מוסד בלי רישיון היא המחיר הנמוך שהוא גובה מהקשיש וממשפחתו. מאחר שמפעילי מוסד כזה אינם פועלים בהתאם לסטנדרדים שקבע המשרד, יש באפשרותם לגבות בגין האשפוז מחירים נמוכים מן המחיר שהמשרד גובה מהקשיש ומילדיו בגין אשפוז באמצעות קוד.

הפעילות של משרד הבריאות ומשרד הרווחה נגד המוסדות הפועלים ללא רישיון

לעתים שוהים במוסדות כאלה גם קשישים עצמאיים ותשושים שהטיפול בהם באחריות משרד הרווחה, ולפיכך נדרש בנושא זה שיתוף פעולה של משרד הבריאות ושל משרד הרווחה.

ואכן, בשנת 2001 הייתה פעילות משותפת של נציגים ממשרד הבריאות וממשרד הרווחה כדי לקבוע אפשרויות אכיפה שונות על המוסדות הפועלים ללא רישיון, ונציגי שני המשרדים הסכימו כי "האחריות לאכיפה נחלקת בין משרד הבריאות ומשרד והרווחה לפי אוכלוסיית החולים"[111]. באותה שנה הם הקימו צוות בין-משרדי כדי לקבוע אמות מידה ברורות וכדי להחליט אם לאפשר למוסדות הפועלים ללא רישיון להתאים את תנאי החיים בהם, לדרישות המשרד, ואם לא - ינקטו המשרדים בצעדים לסגירתם.

לפי נתוני הצוות הבין-משרדי, ביוני 2005 היו בארץ כ-70 מוסדות בלא רישיון. במוסדות אלה היו כ-1,400 מיטות. בכ-80% מהמיטות שהו קשישים סיעודיים - כעשרה אחוזים מהם קשישים שמצבם הגופני החמיר בצורה כזו שלדעת הצוות אפשר להגדירם סיעודיים מורכבים (אף שמצב סיעודי מורכב הוא באחריות הקופות ולא הייתה מניעה לאשפזם במסגרות של הקופות). מרבית המוסדות פעלו במחוזות של משרד הבריאות[112] תל אביב, מרכז ואשקלון.

---

109 רישיון למוסדות אשפוז מוגדר כתעודת רישום שהמשרד מנפיק.

110 ראו **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 587.

111 הדברים נאמרו בישיבה שהתקיימה ב-10.6.01 בהשתתפות נציגי שני המשרדים.

112 ראו הערת שוליים 40.

הצוות הבין-משרדי קבע כי בכמחצית המוסדות שבמחוז המרכז תנאי המבנה והתחזוקה "לא עונים לתנאי המחיה המינימליים הנדרשים", ותנאי הטיפול "אינם עומדים בסטנדרטים הבסיסיים ומעלים את הסיכון לשלומם של הקשישים ויש צורך לפינוי וסגירה מהירים". הצוות מצא כי במחוז אשקלון הועברו קשישים רבים ממוסדות אלה לאשפוז בתדירות גבוהה בבתי חולים כלליים או לאשפוז סיעודי מורכב "עקב תנאים תברואתיים חמורים ומציאת קשישים קשורים בחלק מהבתים" וכי במקצת המוסדות שבמחוז אשקלון היה צורך לאשפז קשישים רבים בגלל החמרה במצבם הרפואי. לדברי מנהל מחלקה[113] בבית חולים שהופנו אליו כמה קשישים, אירעו עשרות מקרים כאלה עקב הזנחה מתמשכת, ואחדים מהקשישים נפטרו. לדבריו, מדובר ב"קצה הקרחון, אנחנו רואים את אלה שמגיעים, שעוברים את המיון, שעוברים את המערכת המסננת ומגיעים בחיים... הם מגיעים אלינו כמפלט אחרון, אבל זה מאוחר מדי לחלק".

הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שבמועד סיכום הביקורת, ספטמבר 2007, היו 49 מוסדות ללא רישיון, ורישומי הצוות מעידים על 34 מוסדות אחרים שנסגרו. משרד מבקר המדינה מציין שמדובר באוכלוסייה חלשה ותלותית שאינה יכולה לעמוד על זכויותיה. פעמים רבות גם המשפחה אינה יכולה לעמוד על זכויותיה או שהיא אינה מעורבת כלל או שמדובר בקשישים עריריים אשר אין להם משפחה. לפיכך יש חשיבות מרבית לפיקוח ולבקרה של המשרד ולפעילותו הנחרצת לסגירת מוסדות ללא רישיון שהשהות בהם מזיקה לקשישים ואף מסכנת את חייהם.

מגבלות בחקיקה, בהוראות המשרד ובהיערכות המשרד

כדי שיהיה אפשר למזער את הנזק שמוסדות בלי רישיון גורמים לקשישים השוהים בהם, יש צורך לנקוט בצעדי אכיפה אשר יאפשרו לסגור כאלה מוסדות במהירות האפשרית, אולם התברר כי בהתאם לפקודה ולהוראות המשרד, סגירת מוסדות ללא רישיון היא הליך מורכב וסבוך, ויש בפקודה ובהוראות מגבלות רבות. להלן דוגמאות:

מגבלות בחקיקה

על פי ההליך הקיים, למוסד שיש כוונה לסגרו יש לקיים בדרך כלל "שימוע" למפעילי המוסד בפני הרופא המחוזי בלשכת הבריאות, והדבר מביא לסרבול ולהארכת תהליך הסגירה; קורה לא אחת שלאחר הוצאת צו וסגירת המוסד, המוסד שב ונפתח במקום אחר בשם אחר ויש קושי להתמודד עם מצב זה; גובה הקנס שאפשר להטיל על מפעילי מוסדות ללא רישיון אינו מרתיע וגם הוא ניתן לאחר הליך משפטי ממושך. לפיכך הציעה הלשכה המשפטית של המשרד במרס 2004 למנכ"ל המשרד לקדם שינויי חקיקה שיאפשרו לפקחים להטיל על מוסד הפועל ללא רישיון קנס מינהלי מייד עם גילוי העבירה.

---

113 הדברים נאמרו בתכנית טלוויזיה ששודרה בנובמבר 2005. בפברואר 2006 אישר מנהל המחלקה למשרד מבקר המדינה את תוכן הדברים.

מגבלות בהוראות המשרד

הוראות המשרד אינן מחייבות את רופאי לשכות הבריאות המחוזיות לנקוט פעולות מיוחדות, כגון איסוף מידע על קיומם של מוסדות בלי רישיון, עריכת פעילות הסברה בקרב הפונים ללשכות למציאת סידור מוסדי לבני משפחותיהם, העברת מידע בנושא לאגף. מלבד זאת, אין פירוט של הצעדים שעל הלשכה לנקוט כאשר מתקבלת החלטה לסגור מוסד, כגון תיאום הסגירה עם המשטרה והגשת תלונה במשטרה; גם מהות הקשר עם משרד הרווחה אינה מפורטת בנהלים ואינה ברורה.

מתוך המגבלות המתוארות לעיל עלה הצורך בתיקוני חקיקה ונהלים, לרבות הכנת תקנות שיאפשרו הטלת קנסות מינהליים על מוסדות הפועלים ללא רישיון ולמוסדות מורשים העוברים על הוראות החוק והנהלים. ואכן, הלשכה המשפטית של המשרד הכינה תיקוני חקיקה כאמור והגישה אותם למנכ"ל המשרד במרס 2004.

עד מועד סיום הביקורת באוגוסט 2007, טרם העביר המשרד למשרד המשפטים את הצעותיו לשינוי החקיקה. גם טיוטת חוזר מנכ"ל שהוכנה עוד במרס 2004 לא אושרה באוגוסט 2007 כנוהל מחייב וגם פעולות האגף לגיבוש נוהל שיגדיר את דרכי העבודה ואת הליכי הסגירה של המוסדות טרם הסתיימו.

☆

עוד בביקורות הקודמות[114] הצביע מבקר המדינה על כך שאמצעי האכיפה שהמשרד נוקט כלפי בעלי המוסדות כדי שיקוימו הוראותיו, לרבות ההוראות שפורסמו בקובץ הנהלים של האגף, אינם יעילים דיים, ועל כך שללשכות הבריאות המחוזיות אין כלים משפטיים, כוח אדם ונהלים לשיפור יכולת האכיפה. משרד מבקר המדינה התריע בפני משרד הבריאות כי מוסד בלא רישיון ובלא פיקוח טומן בחובו סיכונים למאושפז וכי עליו לבחון דרכים נוספות כדי לסייע ללשכות לפקח על המוסדות המאשפזים ולאתר מוסדות הפועלים בלי רישיון. מן הראוי לנקוט צעדים מיידיים לצמצום התופעה ואף למיגורה. על כל הנוגעים בדבר, ובהם משרד הבריאות, משרד הרווחה, משטרת ישראל והפרקליטות, לעשות בדחיפות ובנחישות את הדרוש לשם כך.

מאחר שהמגבלות בחקיקה ובהוראות המשרד אינן מאפשרות לנקוט צעדים הדרושים לסגירת המוסדות ללא רישיון ולמנוע פתיחתם של נוספים, על המשרד לפעול ולקדם תיקוני חקיקה מתאימים, נהלים ותיאום בין הגורמים השונים.

---

114 **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק על "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 587; וכן **דוח שנתי 48 של מבקר המדינה** (1998), בפרק על "המערך הגריאטרי במדינה", עמ' 176.

פיקוח המשרד על הקשר שבין המוסדות הסיעודיים לקופות החולים

אף שהאחריות לאשפוז הסיעודי של קשישים סיעודיים ותשושי נפש היא על המשרד ובמימונו באמצעות קודים כאמור לעיל, קופות החולים ממשיכות בו בזמן לשאת באחריות על קשישים אלה על פי סל שירותי הבריאות בנושאים של אשפוז כללי, הנפקת תרופות, בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן והדמיה וייעוץ רופאים מקצועיים. המוסדות הסיעודיים אחראים להסדיר עבור הקשישים המאושפזים אצלם את שירותי הבריאות השונים המגיעים להם מארבע קופות החולים שהקשישים מבוטחים בהן. אוכלוסייה זו צורכת שירותי בריאות רבים. לכל קופות החולים הסדרים מיוחדים שהן קבעו למוסדות הפרטיים.

מאחר שמדובר בכ-320 מוסדות ובכ-18,000 קשישים מאושפזים, מן הראוי שיהיה מנגנון אשר יאפשר ליבון טענות העולות בקשר האינטנסיבי הקיים בין המוסדות לקופות החולים, כדי שתהיה "כתובת" ברורה לליבון הטענות ולפתרונן.

במשרד מבקר המדינה התקבלו תלונות של מוסדות על אודות הקשר שיש להם עם הקופות בתחומים רבים. עקב כך פנה משרד מבקר המדינה למוסדות וביקש לדעת על בעיות בקשר האמור. 13 מוסדות במרכז הארץ ובצפונה מסרו למשרד מבקר המדינה על בעיות רבות ומשמעותיות שיש להם בקשר עם הקופות, ובעיקר עם הכללית, בנושאים הבאים: קשיים בקבלת תרופות, ובעיקר תרופות למקרים דחופים, אי-קבלת ייעוץ של רופאים מומחים במבני המוסדות, אי-בהירות בנוגע לביצוע בדיקות מעבדה, ובעיקר דרישה לתשלום עבור אביזרי הבדיקה, עיכובים בהפניות לצילומי רנטגן ובדיקות אולטרה סאונד. התלונות בנושא נמסרו למשרד ולקופות החולים. משרד מבקר המדינה ניסה לברר כמה מהתלונות, אולם בנוגע לכל תלונה היו לקופות החולים, ובעיקר לכללית, תשובות.

בבירורים שעשו נציגי משרד מבקר המדינה עם הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים ובאגף לגריאטריה שבמשרד בנוגע לבעיות שיש בקשר שבין המוסדות הסיעודיים לקופות החולים נמסר כי לא ידוע להם על בעיות שיש בקשר זה - למעט תלונה אחת מרשת המפעילה כמה מוסדות סיעודיים שהתקבלה אצל הסמנכ"ל ובאגף. אולם מאחר שמהאמור לעיל עולות סוגיות כבדות משקל נוספות אשר עלו בבירורים שעשה משרד מבקר המדינה עם מוסדות סיעודיים נשאלת השאלה מדוע הן לא הגיעו לידיעת הגורמים במשרד עמם נערכו הבירורים.

לדעת משרד מבקר המדינה, בעקבות האמור לעיל על המשרד לשמש כתובת לבעיות, לתלונות ולליקויים שיש למוסדות הסיעודיים בקשר שלהם עם קופות החולים. משרד מבקר המדינה ממליץ כי יוקם מנגנון לברור התלונות במסגרת נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי המטפלת בפניות פרטניות של מבוטחים, או במסגרת מנגנון אחר במשרד בשיתוף נציבת הקבילות, על פי החלטת המשרד. מלבד זאת כאשר מגיעות תלונות בעניין זה לאגפים אחרים במשרד, יש לאחד את הטיפול בהן וליידע את כל הגורמים במשרד.

ניתוב קשישים מבוטחי הכללית לאשפוז סיעודי מורכב במקומות מרוחקים ממשפחותיהם

1. הקשיש ומשפחתו משתדלים שמקום האשפוז הסיעודי יהיה קרוב למגורי בני המשפחה כדי שהם יוכלו לשמור עמו על קשר. הדבר נכון בייחוד כאשר מצבו הרפואי של הקשיש הסיעודי הוחמר והוא הוגדר סיעודי מורכב שיש לאשפזו במוסד המיועד לסיעודיים מורכבים שמקומו יאפשר את שמירת הקשר של המשפחה עם הקשיש. משרד הבריאות כלל הנחיה ברוח זו בהוראותיו[115] לקופות החולים האחראיות לאשפוז סיעודי מורכב, וכך נאמר בהוראותיו: "אין להפנות לאשפוז חולה 'סיעודי מורכב' למחלקה מרוחקת ממקום מגוריו, וזאת על מנת לאפשר ביקורים של בני משפחתו מדרגה ראשונה". הובהר בהוראה כי מחלקה מרוחקת היא מחלקה שהזמן הנדרש כדי להגיע אליה עולה על חצי שעה של נסיעה רצופה.

משרד הבריאות הסביר בנובמבר 2007 למשרד מבקר המדינה בתשובתו כי הפיזור הנמוך של המוסדות הקיימים לסיעוד מורכב אינו מאפשר אמות מידה קשיחות מידי של מרחק.

אולם לדעת משרד מבקר המדינה, מאחר שכבר היו מקרים של אשפוז סיעודי מורכב במקומות מרוחקים שזמן הנסיעה של בני המשפחה כדי לבקר את יקירם המאושפז נמשך יותר מחצי שעת נסיעה רצופה (בהם מקרה חריג במיוחד, וזה יפורט בהמשך), על המשרד לוודא שהקופות ממלאות את ההוראה.

2. מקום האשפוז - בנציבות תלונות הציבור שבמשרד מבקר המדינה התקבלה בינואר 2007 תלונת קשישה, מבוטחת הכללית, שהתגוררה בעבר בחיפה ועברה לגור בבית אבות בראשון לציון, סמוך לבני משפחתה. לאחר כארבע שנות מגורים בבית האבות החמיר מצב בריאותה והיא אושפזה בבית חולים כללי באזור ראשון לציון. לאחר שהוגדר מצבה סיעודי מורכב, היה צורך לאשפזה במוסד מתאים (כאמור, על חשבון הכללית).

הקשישה ביקשה להתאשפז באחד מבתי החולים הגריאטריים אשר יש להם הסדרים עם הכללית בקרבת מקום מגורי משפחתה באזור ראשון לציון - באזור ששהתה בו במשך ארבע השנים האחרונות עד הגדרת מצבה סיעודי מורכב, אך הכללית סירבה לממן את האשפוז באזור ראשון לציון ודרשה שהאשפוז יתבצע בבית חולים גריאטרי במחוז חיפה והגליל המערבי של הכללית, השייך למקום מגוריה הקודם של הקשישה.

הכללית הסבירה לנציבות תלונות הציבור שבמשרד מבקר המדינה כי הסירוב לאשר את האשפוז באזור ראשון לציון מעוגן בהנחיות פנימיות של הקופה, המחייבות לאשפז קשיש במקום מגוריו. מאחר שכל אחד ממחוזות הקופה פועל במסגרת תקציבית סגורה, מטרת ההנחיות למנוע מצב שהמחוז אשר עבר אליו המבוטח ייאלץ לממן אשפוז סיעודי מורכב במקום המחוז הקודם, שקיבל במשך שנים תקציב עבור המבוטח. הכללית הסבירה כי מבחינה מינהלית, הקשישה עדיין משויכת למחוז חיפה והגליל המערבי, שם התגוררה לפני שעברה לבית האבות, ולפיכך לא חלה על מחוז המרכז של הכללית החובה לממן את אשפוזה הסיעודי מורכב באזור ראשון לציון. בסופו של דבר, הודיעה הכללית לנציב תלונות הציבור כי היא תאפשר לקשישה להתאשפז באזור ראשון לציון.

---

115 חוזר מ-20.8.02 שהפיץ המשרד לקופות החולים.

בנוגע להסברי הקופה בדבר מניעת מימון האשפוז הסיעודי מורכב בידי המחוז אשר עבר אליו הקשיש בגלל תקצוב המחוז הקודם בשנים עברו, משרד מבקר המדינה מעיר כי על פניו נראה שמדובר בעניין מינהלי, הניתן לפתרון באמצעות התחשבנות בין מחוזות הקופה בלי שהקשיש יהיה "בן ערובה". משרד מבקר המדינה העיר לכללית שעליה לגלות גמישות ולאפשר לקשיש אשפוז סיעודי מורכב באזור בו מתגוררים קרובי משפחתו.

בעקבות התלונה האמורה בירר משרד מבקר המדינה ביולי 2007 בקופות החולים האחרות מהם הכללים הנהוגים אצלן בעת הצורך לאשפז מבוטח שהוגדר סיעודי מורכב במקום המרוחק ממגורי המבוטח. מתשובות מכבי, מאוחדת ולאומית עלה כי הן מתחשבות בבקשות להתאשפז במחוז שונה ממקום מגורי הקשיש. מכבי ומאוחדת השיבו כי הן מציעות בתחילה למשפחות לאשפז את הקשיש במוסדות שלהן.

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2007 כי קשיש שתיקו הרפואי נמצא במחוז אחר יכול להעביר את תיקו למחוז שהמוסד בו הוא מעוניין ממוקם בו, באמצעות שינוי כתובת המגורים; לחלופין, הקשיש או בני משפחתו יכולים לנהל משא ומתן עם המחוז שהקשיש שייך אליו ולנסות לשכנע אותו להגיע להסדר כספי עם המוסד המבוקש (המרוחק), שכן כל מחוז חותם על הסכמים עם מוסדות שבאזורו, והקופה איננה מחייבת את המחוז להגיע להסדר עם מוסדות מחוץ לאזורן.

יצוין כי הכללית פרסמה בפברואר 2007 הנחיה למנהלי המחוזות, שעל פיה יבחן המחוז את בקשת המבוטח להתאשפז במוסד מחוץ למרחביו תוך כדי הפעלת שיקול דעת מקל והבנה מרבית לצורכי החולה. רק אם יאושר האשפוז מחוץ למחוז, יממן אותו מחוז האם. המחוז המארח יספק לו שירותים, אם יתבקשו מפעם לפעם, ויחייב את מחוז האם שהחולה רשום בו.

משרד מבקר המדינה העיר לכללית כי דרישתה שהקשיש או משפחתו ינהלו משא ומתן עם המחוז שהוא שייך אליו וינסו לשכנעו להגיע להסדר כספי עם המוסד המבוקש איננה סבירה. לדעת משרד מבקר המדינה, מתן שיקול דעת למחוז אם לאשר בקשות לאשפוז מחוץ למחוז או לסרב להן במקרים הדומים למקרה שבתלונה האמורה על אודות מחוז חיפה והגליל המערבי, עלול לגרום לכך שקשישים יאושפזו במקומות מרוחקים מבני משפחותיהם, ויש למנוע זאת. הכלל שצריך להנחות אינו צורכי המחוז אלא רצונו של המבוטח לקבוע את מקום מגוריו ואשפוזו הסיעודי המורכב במוסד השייך למחוז בו מתגוררים קרובי משפחתו והקשיש יוכל לבחור מוסד בהתאם להסדרי הבחירה של אותו מחוז. ההתחשבנות הכספית אשר לעלות האשפוז יכולה להיעשות בין המחוזות.

בעקבות הביקורת הודיעה הכללית למשרד מבקר המדינה כי היא מעדכנת את נהליה בעניין זה.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון את הוראות הקופות האחרות ואת עמידתן בדרישות שהציב המשרד בהוראותיו.

המשרד השיב בינואר 2008 כי על הקופות לאפשר זכות בחירה רחבה יותר מזו הקיימת בפועל בכל השירותים הכלולים בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ולענייננו - אשפוז סיעודי מורכב.

סדרי מסירת מידע לקשישים הסיעודיים, תשושי הנפש ובני משפחותיהם בנוגע לזכויותיהם

המידע בדבר האפשרויות השונות לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד או לאשפוז פרטי, ובכלל זה סוגי הטיפולים שהקשישים זכאים להם ותשלומים שאסור לדרוש מהמשפחות, צריך להיות נגיש וזמין לציבור בכלל ולקשישים ולבני משפחותיהם בפרט, הן באמצעות אתר האינטרנט של המשרד הן באמצעות דפי מידע, שכן אתרי האינטרנט השונים אינם נגישים לכל הקשישים או בני משפחותיהם. מדובר במידע חשוב לקשיש ולמשפחתו כאשר הקשיש נמצא במצוקה. פעמים רבות מדובר בקשישים שלא בהכרח הם או בני משפחותיהם מתמצאים בסבך המינהל הרפואי והציבורי, ולכן צריך לסייע להם לקבל את המידע.

1. נוהל "איסור גביית כספים ממטופל וממשפחתו"[116] שמוצג רק באתר האינטרנט מפרט את השירותים שהמוסדות חייבים לתת למאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש באמצעות קוד, ללא תמורה נוספת מלבד התשלום שהם מקבלים ממשרד הבריאות, כגון תרופות שבסל הבריאות; צורכי ההיגיינה האישית, תספורת וחיתולים חד-פעמיים; הסעות מטופלים לטיפול רפואי ולאשפוז באמבולנס או במונית[117].

מן הראוי להפיץ נוהל זה גם באמצעות דף מידע שיחולק לקשישים ולבני משפחותיהם בלשכות הבריאות ובמוסדות, כדי שיהיה נגיש לכלל הקשישים.

2. מסמכים נוספים הקיימים שאינם כוללים את המידע האמור: (א) נוהל בשם "זכויות המטופל" אליו צורפה "מגילת זכויות המטופל הקשיש", מוצג באתר האינטרנט ומטרתו להנחות את צוות העובדים במוסדות בנוגע לזכויות המאושפז הקשיש ולמילוי חובות הצוות הרפואי בהתאם לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. (ב) ב"מדריך זכויות לדייר השוהה במוסד גריאטרי" המחולק בלשכות הבריאות והמוצג באינטרנט, נכתב: "חוברת זו מוגשת כדי ליידע אותך על מכלול זכויותיך במוסד ומפרטת את השירותים שהנך זכאי להם". (ג) בסיפא של מסמך אחר "מדריך לבחירת מוסד לזקנים ותשושי נפש" המחולק בלשכות הבריאות והמוצג באינטרנט נקבע בין היתר: "יש להבהיר כי המוסד אינו רשאי לגבות כל תשלום נוסף מחולה במימון משרד הבריאות!"

אולם, בשלושת המסמכים האלה אין התייחסות למידע החיוני אודות השירותים שהמוסד חייב לספק ללא תשלום נוסף למאושפזים בקוד של המשרד. לאור האמור מן הראוי להפנות במסמכים אלה לנוהל "איסור גביית כספים ממטופל וממשפחתו" או לרכז את כלל המידע בנוהל אחד שיהיה נגיש לציבור הקשישים ומשפחותיהם.

---

116 נוהל מס' 3.4.5, שהוא עדכון לנוהל מינהל רפואה 5/96.

117 בנושא זה יש שונות רבה בדבר הגורם הממן את הנסיעות לטיפולים רפואיים ובדבר האפשרויות לקבלת החזרים כספיים בגין נסיעות אלה. לדוגמה, מלבד חובת המוסדות להסיע על חשבונם את המאושפזים אצלם בקוד של המשרד לבדיקות רפואיות, גם קשישים סיעודיים ותשושי נפש המאושפזים במימון פרטי והמשלמים מכיסם עבור הסעותיהם באמבולנס, זכאים להחזר הוצאות הנסיעה מקופות החולים, בהתאם לסל שירותי הבריאות, בעת הצגת החשבוניות בקופה.

האחריות המימונית על קשישים המוזנים בהזנה מלאכותית

חולים אשר אינם מסוגלים לאכול עצמאית מוזנים מלאכותית באחת משתי דרכים: הזנה באמצעות זונדה[118] (להלן - הזנת זונדה) נעשית באמצעות צינורית המוחדרת לקיבת החולה דרך אפו. חולה המוזן בדרך זו אינו יכול לשתות באמצעות פיו, הוא מוגבל בדיבור, ולעתים יש צורך לקשור את ידיו. קשיש המוזן בהזנת זונדה מוגדר סיעודי מורכב[119] ונמצא באחריות מימונית של קופות החולים.

הזנה באמצעות גסטרוסטומיה[120] (להלן - הזנת פג) נעשית באמצעות צינורית שקובעה ישירות לבטן החולה בפעולה כירורגית. המזון לחולה המוזן בדרך זו עובר ישירות לבטנו, והוא יכול לשתות כרגיל, אינו מוגבל בדיבור, ובדרך כלל גם אין צורך לקשור את ידיו. קשיש המוזן בהזנת פג מוגדר סיעודי, נמצא באחריות מימונית של משרד הבריאות כאשר והוא ומשפחתו נושאים בעלות האשפוז, בהתאם למבחני הכנסה. יצוין שבקרב הקהילה הרפואית יש הסכמה כי הזנת פג עדיפה מהזנת זונדה.

על פי נתוני האגף לגריאטריה שבמשרד, בשנת 2004[121] הוזנו כ-1,600 קשישים בהזנה מלאכותית בלא שסבלו מבעיה רפואית נוספת. כ-400 מהם הוזנו בהזנת זונדה, ועקב כך הוגדרו סיעודיים מורכבים, כ-800 מהם הוזנו בהזנת פג, ועקב כך הוגדרו סיעודיים או תשושי נפש והיו מאושפזים בקוד של המשרד ועוד כ-400 היו מוזנים בהזנת פג ומאושפזים במימון פרטי.

כאמור, במימון של אשפוז סיעודי מורכב המשפחה משתתפת בסכום כספי קבוע של כ-2,800 ש"ח לחודש לכל היותר, שהוא לעתים נמוך מהסכום שהיה עליה לשלם אילו היה מדובר באשפוז סיעודי. הדבר גם אינו כרוך בתהליך ממושך של בדיקת זכאות כמו שנעשה בנוגע לאשפוז סיעודי - שנמשך כשלושה חודשים ועד לסיומו על המשפחה לממן את מלוא עלות האשפוז הסיעודי.

יצויין שכבר בעבר קבע משרד מבקר המדינה[122] כי עקב השוני בהגדרות ובאחריות המימונית דרך ההזנה נקבעת לחולה לא תמיד משיקולים רפואיים אלא כלכליים וכי קשישים מוזנים בהזנת זונדה בלחץ משפחותיהם רק כדי לא לשנות את הגדרתם לסיעודיים וכדי להימנע ממימון אשפוזם הסיעודי. משרד מבקר המדינה העיר כבר אז למשרד שעליו לוודא כי השיקול בבחירת סוג ההזנה יהיה מקצועי ועניני.

בתשובת המשרד שניתנה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2005 נאמר כי המשרד מתכנן את "צעדי היישום" של העברת כל החולים המוזנים בזונדה ללא כל מורכבות רפואי נוספת, המסווגים כסיעודיים מורכבים (ונמצאים כיום באחריות מימונית של הקופות) לאחריות מימונית של המשרד תוך כדי הורדת תקציב קבוע לקופות מעלות סל הבריאות, ובכך תבוטל ההבחנה בין הזנת זונדה להזנת פג מבחינת הגוף הממן.

---

118 "זונדה" - NESOGASTRIC TUBE.

119 כאמור, על פי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, אחד המצבים להגדרת אשפוז סיעודי מורכב הוא חולים סיעודיים ש"הוחדר לגופם צינור דרך הושט לקיבה (זונדה)".

120 "הזנת פג" - PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY- PEG

121 למשרד הבריאות אין נתון מעודכן, והנתון הקיים בדצמבר 2007 הוא מ-2004.

122 ראו **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), בפרק על "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 591.

אולם עד מועד סיכום הביקורת (ספטמבר 2007) לא בוצעה ההעברה.

יצוין כי בהיבט הרפואי קיימת בקרב כל הגורמים תמימות דעים כי יש לאחד את האחריות להזנה המלאכותית לסוגיה באחריות גורם אחד. בשנים 2004 ו-2005 אף פנתה הכללית, על דעת קופות החולים האחרות, למנכ"ל המשרד בהצעה להעביר את כל החולים הסיעודיים עם זונדה שאין להם בעיה רפואית אחרת העושה אותם סיעודיים מורכבים, מאחריות הקופות לאחריות המשרד עם תקציב קבוע רב-שנתי שייגרע מסל הבריאות[123].

בעניין זה הגיעו מנכ"ל המשרד ומנכ"לי הקופות בפברואר 2006 להסכמה שעל פיה יועבר האשפוז של חולים סיעודיים המוזנים בהזנת זונדה לאחריות משרד הבריאות, ועם ההעברה יועבר למשרד גם התקציב. בנובמבר 2006 התקיימה פגישה של נציגי משרד הבריאות וקופות החולים שהתכנסו כדי לדון בהסדר להעברת חולים המוזנים בזונדה למימון משרד הבריאות, אולם בנוגע לדרך ההתחשבנות התגלעה מחלוקת. מכבי ומאוחדת דרשו כי בד בבד עם העברת האחריות יבוצע תיקון בנוסחת הקפיטציה כדי שתקציבן לא ייפגע. המחלוקת לא נפתרה.

יוצא שעד מועד סיכום הביקורת (ספטמבר 2007) לא הועברה האחריות על המוזנים בהזנת זונדה מהקופות למשרד הבריאות.

הסמנכ"לית לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד מסרה בינואר 2008 למשרד מבקר המדינה כי "משרד הבריאות יגיש הצעת מחליטים לממשלה לאישור ההעברה באמצעות תיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי".

אף שההחלטה בדבר דרך הזנת החולה צריכה להתבסס על שיקולים רפואיים בלבד, אי-מציאת פתרון הולם בידי המשרד לסוגיה התקציבית במשך שנים מביא להנצחת המצב שהרופא המחליט על סוג ההזנה מושפע גם משיקולים כלכליים ואדמיניסטרטיביים. עקב כך איכות חייהם של קשישים רבים המוזנים בהזנת זונדה ממשיכה להיפגע.

יצוין שאם תועבר האחריות על האשפוז הסיעודי לקופות החולים, עשוי להימנע גם הסבל של המוזנים בזונדה במקום בהזנת פג, סבל שכיום נמשך רק בשל אי-ההסכמה על דרך המימון.

נוסחת הקפיטציה - הקצאת כספים לקופות

החוק קובע, בין השאר, כי על קופות החולים להבטיח את אספקתו של סל שירותים מוגדר לכל אחד מהמבוטחים הרשומים בקופה. בתמורה כל אחת מקופות החולים מקבלת מהמדינה בגין כל מבוטח סכום כספי הנגזר על פי נוסחת ההקצאה הקבועה מכוח סעיף 17 לחוק (להלן - נוסחת

123 הקופות קיבלו סל של כ-24 מיליארד ש"ח בשנת 2006 למימון פעולותיהן.

הקפיטציה[124]). בסך הכול קיבלו הקופות בגין סעיף זה ב-2006 כ-24 מיליארד ש"ח. יש לציין כי נוסחת הקפיטציה עודכנה ב-1997 וב-2005.

מינוי ועדת הקפיטציה ועדכוני הנוסחה

בנובמבר 2003 מינה שר הבריאות דאז, מר דני נווה, ועדה בין-משרדית, ובה נציגים ממשרד האוצר וממשרד הבריאות (להלן - הוועדה) כדי שתבחן כיצד לשפר ולעדכן את נוסחת הקפיטציה.

1. הוועדה העלתה, בין היתר, שנוסחת הקפיטציה בישראל אינה כוללת מדדים שארצות מערביות כן כללו בנוסחאות הקפיטציה שלהן, כגון מגדר[125], מצב רפואי, מצב כלכלי וחברתי, מקום מגורים. עוד העלתה הוועדה פגמים שונים בקביעת הנוסחה, כגון בבסיסי הנתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (אשר הסתמכו עליה) ושל המשרד לא נכלל מידע על ההוצאות בעבור תרופות, בדיקות מעבדה, ביקורי בית, אף שמדובר בהוצאות ניכרות לדוגמה במקרה של קשישים.

באפריל 2005 הגישה הוועדה את המלצותיה לשר הבריאות דאז, מר דני נווה, ולשר האוצר דאז, מר בנימין נתניהו. הוועדה הבין-משרדית המליצה, כפתרון ביניים, להמשיך ולבסס את נוסחת הקפיטציה על קבוצות גיל, אולם להוסיף שתי קבוצות גיל ובשלב מאוחר יותר להוסיף מדד של מגדר, תוך כדי עדכון הנתונים שחישוב הנוסחה נסמך עליהם. הוועדה המליצה גם על בחינה מחודשת של הנוסחה מידי ארבע שנים ועל איסוף נתונים.

הכללית מסרה בינואר 2008 למשרד מבקר המדינה כי ועדת הקפיטציה "עשתה שינוי מינורי בטענה שלא היה מספיק זמן להיערך ולהוסיף נתונים, ולכן כל השינוי היה בצורת תוספת שתי קבוצות ועדכון נתונים ותו לא"; כי הוועדה קבעה שהתיקון הבא ייעשה כעבור ארבע שנים כך שהעדכון הבא של הנוסחה צפוי ביולי 2009 וכי לדעתה הבעיה הינה שמשרדי הממשלה כלל לא אוספים את הנתונים ולכן, לקראת העדכון הבא, לא יהיה בסיס לשינויים חדשים - כי לא יהיו נתונים.

יוצא שעד מועד סיכום הביקורת (ספטמבר 2007) עודכנה הנוסחה פעמיים בלבד: לראשונה בשנת 1997 ופעם נוספת בשנת 2005. אמנם הוספו כאמור לנוסחת הקפיטציה שתי קבוצות גיל, אפס עד שנה ו-85 ומעלה כהמלצת הוועדה, אך לא הובאו בחשבון פרמטרים רבים אחרים המקובלים בעולם.

2. יצוין שבשנים 2006 ו-2007 פנה מנכ"ל הכללית דאז, מר זאב וורמברנד, כמה פעמים לשר הבריאות, מר יעקב בן יזרי, בבקשה להקים ועדה קבועה לשינוי נוסחת הקפטיציה. בין היתר הוא ביקש לעדכן את "המשקלות עבור קטגוריות הגיל השונות, ובמיוחד עבור גילאי 75 ומעלה". עוד הוא ציין: "לפני 10 שנים היינו מהחלוצים בתחום באירופה. היום אנחנו נמצאים הרחק אחרי מדינות אירופה". השר השיב כי משרד האוצר החליט לבחון את נוסחת הקפיטציה "אחת לארבע שנים", דהיינו ישוב ויבחן אותה רק ב-2009.

---

124 ראו תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות החולים), התשנ"ה-1995; ראו גם **דוח שנתי 56ב של מבקר המדינה** (2006), "אמצעים להגברת התחרות בין קופות החולים וניידות המבוטחים ביניהן", עמ' 514.

125 מין - זכר או נקבה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי כל העת מתעוררות סוגיות שיש לקבל החלטות לגביהן, לדוגמה: נושא ההזנה מלאכותית של קשישים בזונדה ובפג, נושא צריכת שירותי הבריאות בידי קשישים המאושפזים במוסדות וכן העברת האחריות על בריאות הנפש הצפויה ב-2008. מלבד זה, קיים חשש שבהיעדר עבודת הכנה לצורך איסוף נתונים, גם אם תיבחן הנוסחה אחת לארבע שנים, לא יהיו בפני הוועדה שתבחן אותה נתונים הדרושים לצורך קבלת ההחלטות המתאימות. לפיכך ממליץ משרד מבקר המדינה לשקול אם אין צורך למנות את הוועדה בהקדם או להמשיך באיסוף הנתונים הנדרשים כדי שב-2009 תוכל הוועדה לקבל החלטות.

יצוין שלאי-הכללת הוצאות שונות משמעותיות בנוסחה (בייחוד בנוגע לקשישים), כגון תרופות וטיפולי בית וכן אי-הכללת מדדים שונים, כגון מצב רפואי, עלולה להיות בסופו של דבר השפעה לרעה על הטיפול בקשישים, שכן לקופה ייגרמו קשיים כלכליים.

3. בביקורת עלה כי לקופות אין נתונים בדבר עלות שירותי הבריאות אותם צורכים מבוטחיהן השוהים במוסדות סיעודיים, בהשוואה לצריכה של כלל האוכלוסייה המבוטחת באותה קבוצת גיל ובכמה.

הכללית מסרה בתשובתה כי "אין בידי הקופות נתונים על הדיירים הנמצאים במוסד סיעודי, ולכן, אין לנו נתונים על צריכת משאבי הבריאות לגביו... התחושה האינטואיטיבית שלנו היא, שחולים אלה עולים לקופות יותר".

משרד האוצר מסר בתשובתו בדצמבר 2007 כי "ההוצאה של הקופות עבור קשישים אלה הינה מופחתת... קשישים המאושפזים במוסדות סיעודיים ממעטים מטבע הדברים בביקורי רופא במרפאה, דבר המשפיע על אומדן צריכת השירותים לצורך קביעת נוסחת הקפיטציה". עוד מסר משרד האוצר בתשובתו מפברואר 2008 כי "אין אנו רואים צורך בלתת משקל גבוה יותר למאושפזים במוסדות הסיעודיים בנוסחת הקפיטציה".

משרד מבקר המדינה מעיר כי אוכלוסיית השוהים במוסדות סיעודיים הולכת וגדלה והיא נמנית עם אוכלוסיית הקשישים אשר צורכת שירותי בריאות רבים. על משרד האוצר ומשרד הבריאות לבחון אם אין לתת לקבוצה זו משקל שונה בנוסחת הקפיטציה בבדיקה הקרובה שתיערך. לצורך כך על משרד האוצר ומשרד הבריאות לרכז נתונים סדורים בנוגע להוצאות הרפואיות עבור קשישים במוסדות.

טענות הקופות בנוגע להקצאת כספי הסל לקשישים

מנתונים שמסרה הכללית למשרד מבקר המדינה ב-2007 עולה כי כ-20% מהקשישים המבוטחים אצלה הם "הפסדיים" וכי ההוצאה שלה בגין כ-110,000 קשישים אלו (מבין כ-490,000 בני 65 ומעלה) גבוהות יותר מהכנסות הקופה בגינם עקב עיוות בנוסחת הקפיטציה, ולפיכך בחשבון הכולל של הוצאות הקופה בגין בני 65 ומעלה נגרם לכללית פער בהכנסות של כמיליארד ש"ח בשנה. דוח לדירקטוריון הכללית המצורף לדוחות הכספיים מדצמבר 2006 קבע כי השינוי מ-2005 בנוסחת הקפיטציה (הוספת קבוצת גיל 85 ומעלה) אמנם הקטין את הפגיעה מהכנסות מקשישים, אך הנוסחה בכל זאת מפלה את קבוצת הקשישים לרעה, בעיקר בשל אי-הכללת ההוצאות עבור תרופות וגם בשל אי-מתן פיצוי הולם עבור חולים כרוניים, נכים ובעלי מצב סוציו-אקונומי נמוך. גם קופת

חולים לאומית צירפה בתשובתה בנובמבר 2007 נתונים המראים שיש לה גירעון של 1,059 ש"ח בממוצע לשנה לכל אחד מבני ה-66 עד 75 ו-4,493 ש"ח גירעון בממוצע לשנה לכל אחד מבני ה-75 ומעלה.

קופת חולים מאוחדת לעומת זאת השיבה באוקטובר 2007 כי כ-20% מהכנסות הקופה על פי הנוסחה וכ-18% מהוצאותיה הם בגין בני ה-65 ומעלה, ו"מכאן נובע שנוסחת הקפיטציה מקצה למבוטחים אלה [הקשישים] סכומים גבוהים מהנדרש על חשבון המבוטחים הצעירים יותר. [וכי] הפגיעה בצעירים גבוהה יותר מההטבה בקשישים".

קופת חולים מכבי כתבה למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2007: "נוסחת הקפיטציה משקפת נכון את ההוצאה של מכבי שירותי בריאות עבור גילאי 65 ומעלה".

משרד הבריאות מסר בתשובתו מנובמבר 2007 למשרד מבקר המדינה כי עמדת האגף לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים שבמשרד היא שיש לעדכן את נוסחת הקפיטציה בפרמטרים נוספים מלבד פרמטר הגיל הכלול בנוסחה וכן יש לעדכן את בסיס נתוני הגיל שהנוסחה מבוססת עליו. הסמנכ"ל לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד מסרה בינואר 2008 למשרד מבקר המדינה כי הנוסחה תיבחן מחדש במהלך שנת 2008.

☆

קופות החולים פועלות לפי שיקול כלכלי וכשקבוצה מסוימת אינה מקבלת כספים בהתאם להוצאותיה, השירות שניתן לקבוצה עלול להיפגע, ולחילופין אם המדינה מקצה כספים לפי חלוקה מסוימת, זכותה לדרוש בגין הכספים שהקצתה גם שירות בהתאם ולפקח שכל ההקצאה מיטבית יותר ותורמת לשוויון ולבריאות. לפיכך משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות ולמשרד האוצר לבחון את הטענות הסותרות של הקופות ובהתאם לבדיקה לעדכן את נוסחת הקפיטציה.

היעדר הסדרה וחשש לניגודי עניינים - הגריאטר המחוזי של הכללית בירושלים

עובד ציבור עלול להימצא במצב שיש בו חשש לניגוד עניינים בעבודתו הציבורית כאשר עניין שהוא מופקד עליו בתוקף תפקידו הציבורי אינו עולה בקנה אחד עם עניין אחר שיש לו או עם תפקיד אחר שהוא ממלא[126]. האיסור על ניגוד עניינים בין תפקידיו של עובד ציבור מקורו הן בעקרונות הצדק הטבעי, ההגינות ותום הלב[127], ולפיהם על עובד ציבור להימנע ממשוא פנים או משיקולים זרים, הן בחובותיו של עובד הציבור כלפי הציבור הנותן בו אמון, והן בכללי מינהל תקין.

---

126 משרד מבקר המדינה דן בניגוד עניינים בכמה מדוחותיו האחרונים. ראו, לדוגמה, **דוח שנתי 57ב של מבקר המדינה** (2007), בפרק על "כללים והסדרים למניעת ניגוד עניינים ואכיפתם", עמ' 27.

127 **עריכת הסדרים למניעת ניגוד עניינים בשירות המדינה**, הנחיות היועץ המשפטי לממשלה, מאי 2006.

על פי פסיקת בית המשפט העליון, מטרת הכלל האוסר על ניגוד עניינים בין תפקידיו של עובד ציבור היא למנוע את האפשרות שבעת מילוי תפקידו הציבורי הוא יושפע מעניינים אחרים, שלו או של גורם הקשור אליו, המנוגדים לעניינים שהוא מופקד על שמירתם במסגרת תפקידו הציבורי. מטרתו של הכלל היא למנוע את הרע קודם שיארע, ועל כן אין צורך להוכיח שהיה ניגוד עניינים בין תפקידיו של העובד ויש פסול אף בחשש לניגוד עניינים.

התפקידים שממלא פרופ׳ יוחנן שטסמן במועד סיכום הביקורת, ספטמבר 2007

1. פרופ׳ יוחנן שטסמן מכהן כגריאטר המחוזי של הכללית במחוז ירושלים[128] משנת 1991, ומשנת 1993 הוא מועסק בחצי משרה.

על פי המקובל, גריאטר מחוזי אמור להיות אחראי לכל הנעשה בתחום הגריאטריה במחוז. באשר לפרופ׳ שטסמן, ב-1991 הוא מונה ״לתפקיד רופא גריאטרי של קופת חולים במחוז ירושלים, וכאחראי על: ״1. היחידה להמשך טיפול ומעקב; 2. היחידה לשיקום אמבולטורי; 3. פיתוח מערכת של טיפולי בית בחולים גריאטריים וכרוניים, תוך יצירת קשר עם בתי החולים בירושלים; 4. פיקוח על האשפוז הגריאטרי בבתי החולים הכלליים, ובניית אפשרות לשחרור מוקדם של החולים״.

2. פרופ׳ שטסמן הנהיג חידושים בתחום הגריאטריה בקהילה למבוטחי הכללית במחוז ירושלים ובעיקר בהנהגת שיטה חדשה שמנעה או קיצרה את האשפוז של קשישים בבתי חולים כלליים וסיעודיים כשהטיפול הרפואי ניתן להם בידי צוות הכללית בביתם במסגרת של ״אשפוז בית״. בה בעת משנת 2005 ממלא פרופ׳ שטסמן את תפקיד המנהל הרפואי של המוסד הגריאטרי הפרטי מוסד א׳ שבעיר סמוכה לירושלים, שהוא אחד מארבעת המוסדות בירושלים שאליהם מפנה מחוז ירושלים של הכללית חולים סיעודיים מורכבים[129] ותת חריפים[130] לאשפוז. המוסד החל לפעול בשנת 2000. על פי קורות חייו של פרופ׳ שטסמן המוצגים באתר האינטרנט של המרכז הרפואי ״הדסה״ בירושלים, שבו הוא משמש מנהל המערך הגריאטרי, פרופ׳ שטסמן היה בין היוזמים את הקמתו של מוסד א׳.

3. כמו כן ממלא פרופ׳ שטסמן מספטמבר 2005 את תפקיד המנהל הרפואי של המוסד הסיעודי הפרטי מוסד ב׳ בירושלים שבו מאושפזים, בין היתר, גם מבוטחי הכללית. (גם בשנים 1996 ו-1997 שימש פרופ׳ שטסמן המנהל רפואי של מוסד ב׳).

4. משנת 1993 מכהן פרופ׳ שטסמן כמנהל המערך הגריאטרי של המרכז הרפואי הדסה בירושלים, שאליו שולחת הכללית חולים רבים לטיפול ולאשפוז.

---

128 ראו הערת שוליים 29.
129 ראו הערת שוליים 4.
130 ראו הערת שוליים 6.

אי-הסדרת המצב של חשש לניגוד העניינים

1. נוהל "מניעת ניגוד אינטרסים"[131] שהנהיגה הכללית מחייב את העובד להודיע למוסד באמצעות טופס "הצהרה בדבר ניגוד עניינים" על "מקרים, היוצרים או העלולים ליצור אפשרויות לקיום מצבים של ניגוד עניינים בין טובת המוסד ובין טובתו האישית של העובד".

החתמת עובד על טופס "הצהרה למניעת ניגוד עניינים" הוא צעד ראשון להסדרת המצב. לאחר שמילא העובד את הטופס והצהיר שעלול להיות ניגוד עניינים בין תפקידיו, יש צורך לנקוט צעדים לטיפול בעניין, ולקבוע הסדר מתאים למניעת ניגוד עניינים; למשל יש לקבוע כי העובד מנוע מלמלא את אחד מתפקידיו; להעביר חלק מתפקידיו לעובד אחר; להגביל את השתתפותו בתהליך קבלת ההחלטות ובביצוען; ולקבוע כי יפעל בשיתוף עובד אחר.

פרופ' שטסמן לא דיווח לכללית על מקומות עבודתו הפרטיים במוסדות הגריאטריים א' ו-ב'. כמו כן פרופ' שטסמן לא מילא טופס "הצהרה בדבר ניגוד עניינים" ולא קבע עם הכללית הסדר למניעת ניגוד עניינים בעניין עבודותיו אלה, אף כי הוא נדרש לעשות כן לפי נוהלי הכללית ולפי סדרי מינהל תקין. חשיבות ההסדר וההצהרה היא גם בכך שרופאים אחרים במחוז ובכללית יידעו כי הוא מנוע מלהשתתף בדיונים מסויימים, כדי שלא להכשילו בתפקידו.

בנוסף יש להעיר שפרופ' שטסמן נמנע מלמסור למשרד מבקר המדינה פרטים על מקומות עבודה נוספים בהם הוא מועסק, בשכר או שלא בשכר.

2. באשר למוסד ב' מסר פרופ' שטסמן בתשובתו מאוקטובר 2007 למשרד מבקר המדינה, כי הוא רק "הסכים לתת את שמו ולפקח על עבודת [מוסד ב']... הוא אינו עובד ומעולם לא עבד שם. פרופ' שטסמן משוחח לעתים עם הרופאים ב[מוסד ב'] ועם מנהלת המוסד בעניינים מקצועיים, ובעיקר לפני בקרות של משרד הבריאות פעם בשנה".

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי בהיותו המפקח על המוסדות הגריאטריים הפרטיים עליו לבדוק את מהות ההסדר בין פרופ' שטסמן למוסד ב'.

פעילויות המעלות חשש לניגוד עניינים

1. הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה כי פרופ' שטסמן מעורב בפעילויות שונות המעוררות חשש לניגוד עניינים, כדלקמן:

עיקר עיסוקיו של של פרופ' שטסמן במסגרת מחצית המשרה שבה הוא מועסק בכללית היא לבצע הערכות גריאטריות ולעסוק בתחום "אשפוז בית" שבמסגרתו כ-300 קשישים. אולם הועלה כי הוא דן בבקשות של מבוטחי הכללית הנוגעות לאשפוז במוסד א' שהוא משמש מנהלו הרפואי, לדבריו ע"פ דרישת הנהלת המחוז, בהם - בקשות לפטור מתשלום עבור האשפוז בהם. לדוגמה, אחת החולות, שהוגדרה תת-חריפה, ביקשה במרס 2006 שבמקום לאשפזה במוסד א' יאשפזוה במוסד

---

131 נוהל 02-01-01 מ-16.6.99 החליף את נוהל 02-01-01 מ-30.9.95, שהחליף את נוהל 94-19-10 מ-31.5.94.

גריאטרי השוכן בכניסה לירושלים, מאחר שהוא קרוב יותר למקום המגורים של משפחתה (בית שמש). פרופ׳ שטסמן דן בבקשה וקבע ש״אי אפשר להענות לבקשה״.

כמו כן פרופ׳ שטסמן דן כגריאטר המחוזי של הקופה בבקשות של חולים סיעודיים מורכבים המאושפזים במוסד א׳ לקבל פטור מתשלום ההשתתפות העצמית עבור אשפוז או הנחה על התשלום[132]. במקרים רבים הוא מאשר את הבקשות האמורות, ובעקבות כך הכללית משלמת גם את חלקו של הקשיש.

פרופ׳ שטסמן מסר למשרד מבקר המדינה כי עסק בנושאים אלה על פי בקשתה של הכללית. לדעת משרד מבקר המדינה היה עליו להבהיר לכללית כי לא יעסוק בעניינים הנוגעים למוסד א׳ בדומה לאיסור שחל עליו, לדבריו, במסגרת ההסדר למניעת ניגוד עניינים שנעשה כבר ב-1993 שבו נקבע, לדבריו, כי הוא לא יעסוק בניתוב חולים מבתי החולים הכלליים למוסדות גריאטריים[133].

מהפעילויות של פרופ׳ שטסמן שתוארו לעיל עולה כי החשש לניגוד עניינים בין תפקידיו - בעינו עומד גם במועד סיום הביקורת.

2. אם ידוע לגריאטר מחוזי על ליקויים במוסדות שאליהם מפנה הכללית את מבוטחיה לאשפוז, עליו לדווח על כך להנהלת המחוז הממונה עליו, כדי שתשקול את המשך ההתקשרות עם המוסד. ואכן, כך נהג פרופ׳ שטסמן באשר לאחד המוסדות שאליו מפנה הכללית קשישים סיעודיים מורכבים.

אולם נמצא כי פרופ׳ שטסמן לא דיווח להנהלת המחוז על ליקויים משמעותיים שהתגלו בביקורות שעשו לשכת הבריאות המחוזית של המשרד בירושלים וצוות הבקרה של האגף לגריאטריה של המשרד במוסד הפרטי מוסד א׳ שבניהולו הרפואי. בין הליקויים: הטיפול הסיעודי במקום ״כושל בגלל חוסר חמור של 40% בכוח אדם סיעודי... המצב התברואי במוסד לקוי ביותר וכן נמצאו ליקויים בטיפול הדיאטני״[134].

ניגוד העניינים בין תפקידיו האמורים של פרופ׳ שטסמן מומחש, בין היתר, בכך שכמנהלו של מוסד א׳ מובא לידיעתו מידע על הליקויים בתפקודו של המוסד, ובה בעת הוא משמש הגריאטר המחוזי של הקופה המפנה את מבוטחיה לאשפוז במוסד.

---

132 במועד הביקורת הייתה ההשתתפות העצמית במחירו של יום אשפוז סיעודי מורכב - 95 ש״ח.

133 בשנת 1993 העלה מבקר הכללית שיש חשש לניגוד עניינים בין תפקידו של פרופ׳ שטסמן כגריאטר מחוזי ובין תפקידו כמנהל המערך הגריאטרי במרכז הרפואי ״הדסה״ ירושלים, ובעקבות כך באותה שנה נקבע בין פרופ׳ שטסמן לכללית הסדר למניעת ניגוד עניינים. למשרד מבקר המדינה לא נמסר עותק מההסדר.

134 פרופ׳ שטסמן השיב למשרד מבקר המדינה במרס 2007 כי מדובר בדוח שגוי שנושא כוח האדם שהועלה בו היה מבוסס ״על ממצאים מוטעים״, וכי בביקורת חוזרת שעשתה לשכת הבריאות בשיתוף צוות האגף לגריאטריה ביוני 2007 כארבעה חודשים לאחר מכן, ״הן הרפואה והן הסיעוד קיבלו ציונים טובים מאד״. אולם, גם בדוח שנעשה ארבעה חודשים מאוחר יותר נאמר בו, בין היתר, כי המוסד ״צריך להמשיך בגיוס כוח אדם הנדרש בהתאם לתקינה. עדיין קיים חסר בתקינה של אחיות מעשיות... ״.

פעילות הכללית בנושא ניגוד העניינים

1. לגבי תפקידו בהדסה, פרופ׳ שטסמן הסביר בתשובתו מאוקטובר 2007 למשרד מבקר המדינה כי במשך שנים רבות תפקידיו מבוצעים מתוך הסכמה בין הכללית להדסה, וכי אין בכך ניגוד עניינים. לטענתו, כבר בשנת 1993, כחצי שנה לאחר שהחל לעבוד בהדסה, קיים מבקר הכללית בירור בעניין זה ובעקבותיו הוקמה ועדה, והיא קבעה ב-11.11.93 כי ״אי אפשר ולא צריך לראות במקרה הנדון... כפעולה שיש בה ניגוד עניינים״.

אולם באותו מועד (1993) דובר רק על תפקידו הנוסף בהדסה ולא על תפקידים שמילא במוסדות פרטיים.

כמו כן אמרה הוועדה ש״כל הנוכחים היו בדעה כי יש לעשות ולחזק את מערכת הבקרה של פעולת היחידה. שהאגף הרפואי יחד עם הנהלת מחוז ירושלים יפעלו לגבש כללים ונוהלים אשר יבטיחו בקרה טובה יותר מזו שיש עד היום. יש הכרח בנוהלים ובבחינה מקיפה יותר, בגלל העובדה שהיחידה משנה לשנה מתמחה בפעילותה. נלמדים לקחים, ומן הנסיון אפשר להבטיח כי בפעולות היחידה... לא תתבצענה פעולות אשר עשויות להראות כטעם לפגם״.

אולם הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה, לרבות בתיקו האישי של פרופ׳ שטסמן, העלתה כי אף שבשנת 1993 עסקה הנהלת הכללית בניגוד העניינים האפשרי בין תפקידיו כגריאטר מחוזי וכמנהל האגף הגריאטרי בהדסה, הסתפקה הנהלת מחוז ירושלים בהצהרתו של פרופ׳ שטסמן שאין בפעילותו ניגוד עניינים. הנהלת המחוז לא עשתה גם בדיקה תקופתית כדי לברר אם לאחר ההסדר האמור משנת 1993, חל שינוי כלשהו שחייב עדכון או כל פעילות אחרת.

2. בעקבות הביקורת כתב היועץ המשפטי של הכללית בדצמבר 2007 למנהל מחוז ירושלים ולראש אגף פרט ושכר בכללית ש״מעבר לשאלת מסוגלותו [של פרופ׳ שטסמן] למלא את כל התפקידים הנ״ל במקביל, עולה שאלת החשש לניגוד עניינים בין פעילותו בתפקידו בכללית ובין פעילויותיו האחרות כמנהל אצל נותני שירותים אליהם מפנה הכללית את מבוטחיה וששומה עליו למקסם את הכנסותיהם/ רווחיהם... הריני להפנותכם להוראות נוהל הכללית... בדבר ׳מניעת ניגוד אינטרסים׳...״.

היועץ המשפטי קבע גם שיש לדון בעניינו של פרופ׳ שטסמן ולאחר מכן ״יהיה עלינו לקבל החלטה בדבר [האפשרות] להמשך העסקתו של פרופ׳ שטסמן בתפקידו, באופן שינטרל חשש לניגוד עניינים״.

בעקבות דיון שהתקיים בינואר 2008 בעניין פרופ׳ שטסמן כתב היועץ המשפטי של הכללית למנהל המחוז, בין היתר, כי ״יש לערוך עמו הסדר לניגוד עניינים בין עבודתו בכללית לבין עיסוקיו האחרים... [וכי] ההסדר יכלול את הדברים הבאים: 1. פירוט עיסוקיו של פרופ׳ שטסמן בכללית ומחוץ לכללית; 2. פירוט הצעדים שננקטו כדי למנוע ניגוד עניינים...; 3. התחייבות לעדכן את הצהרתו בדבר קיום ניגוד עניינים כל אימת שיחול שינוי רלוונטי; 4. התחייבות להיות מועסק מחוץ לכללית רק לאחר שעות עבודתו בכללית; 5. התחייבות לשמור על סודיות מלאה לגבי כל מידע השייך לכללית; 6. התחייבות להימנע מכל דיון/פעילות במסגרת עיסוקיו האחרים, הקשורים במישרין או בעקיפין לכללית, לרבות כל דיון/פעילות מול הכללית בנושא אשפוז גריאטרי/שיקומי; 7. התחייבות להימנע מכל דיון/פעילות במסגרת הכללית הקשורים במישרין או בעקיפין לפעילותו במסגרת עיסוקיו מחוץ לכללית, לרבות בנושא ניתוב של חולים לאשפוז במוסדות גריאטריים ודיון בבקשותיהם של חולים לפטור מתשלום. נא תשומת לבך לכך שעל פי נוהל מניעת ניגוד עניינים,

קבלת החלטה אם עובד הנמצא, לכאורה, במצב של ניגוד עניינים או חשש לניגוד עניינים, יוכל להמשיך בתפקידו וכיצד הינה, במקרה זה, באחריות מנהל המחוז...".

3. לפי הנוהל של הכללית נדרש העובד "להודיע... על קיום או על היווצרות מצבים/מעשים העלולים לגרום ניגוד עניינים"[135], בה בעת, משרד מבקר המדינה העיר לכללית שנהליה מחייבים רק את עובדיה העוסקים ברכש לחתום בקביעות ובאופן תקופתי על טופס הצהרה למניעת ניגודי עניינים, ואילו את שאר עובדיה ובעיקר הבכירים, אין היא מחייבת לעשות כן באופן תקופתי, וכי ראוי היה להחיל הוראות אלה על אותם בעלי תפקידים.

הכללית מסרה בתשובתה מינואר 2008 למשרד מבקר המדינה כי בעקבות הביקורת פנה היועץ המשפטי של הכללית להנהלת הכללית בבקשה לדון בביצוע תיקונים נוספים בנוהל למניעת ניגוד עניינים, העוסקים ב"קביעת תדירות תקופתית למילוי [ה]הצהרה... כולל חובת מילוי ההצהרה על ידי עובדים בכירים".

4. היעדר הסכם בין הכללית למוסד א' - מחוז ירושלים של הכללית מפנה את חוליו שהוגדרו "סיעודיים מורכבים" בעיקר לארבעה מוסדות וביניהם מוסד א' כאמור, שבו מכהן פרופ' שטסמן כמנהל רפואי.

אולם בביקורת עלה שהכללית מפעילה הסדר אשפוז בשיתוף עם מוסד א' וממנת את האשפוז בו אף שתנאי ההסדר אינם מעוגנים בהסכם חתום. יצוין כי תשלום עבור קבלת שירותים בלא שנחתם בין הצדדים הסכם המסדיר את כל פרטי העסקה איננו תקין.



1. העברת האשפוז הסיעודי לקופות החולים - ענף האשפוז הסיעודי מאופיין בחסרונות גדולים ומתמשכים, שעיקרם היעדר רצף טיפולי בקשיש עקב פיצול האחריות בין משרד הבריאות ובין הקופות. למרות זאת, משרד האוצר ומשרד הבריאות לא פעלו באופן מספק במשך 14 שנה לקדם את העברת האחריות על האשפוז הסיעודי לקופות, על פי כוונתו המקורית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הדבר יוצר קשיים וביורוקרטיה לקשיש ולמשפחתו, ועלול לגרום לכך כי הטיפול הרפואי בקשיש יושפע משיקולים כלכליים ולא משיקולים רפואיים. התנהלות משרד הבריאות ומשרד האוצר ללא תיאום וללא מדיניות כוללת - בשל תכלית החוק, ההמלצות של רוב הוועדות, הדעות החד-משמעיות של אנשי המקצוע והחסרונות הגדולים שהוכחו בפעילותה של השיטה הקיימת, הם ליקוי משמעותי. לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי כי בסוגיות מורכבות אלה תבוצע עבודת מטה כוללת ומשותפת של משרד הבריאות, משרד האוצר על שלושת אגפיו (אגף התקציבים, אגף החשב הכללי והממונה על שוק ההון) וארבע קופות החולים.

---

135 סעיף 5.3 בפרק "עקרונות" בנוהל ל"מניעת ניגוד אינטרסים".

2. מוסדות ללא רישיון - מוסד סיעודי הפועל ללא רישיון עלול לפעול ברמה נמוכה מתנאי ההפעלה שקבע המשרד, ללא פיקוח רפואי הולם תוך כדי סיכון בריאותם וחייהם של הקשישים. אף שחלפו כתשע שנים מאז העיר משרד מבקר המדינה לראשונה שהשהות במוסדות אלו מזיקה לקשישים ומסכנת את חייהם, טרם ביצע המשרד שינויי חקיקה ועדכון נהלים שיאפשרו לו לסגור מוסדות כאלה במהירות וביעילות. מן הראוי לבצע את שינויי החקיקה והנהלים בהקדם, ויפה שעה אחת קודם.

3. מנגנון בירור קבוע למוסדות הפרטיים - במשרד מבקר המדינה התקבלו תלונות של מוסדות סיעודיים שנסבו על קשיים ועל הכבדות של הכללית במתן שירותים רפואיים שונים לקשישים הסיעודיים ותשושי הנפש המאושפזים אצלם. מבדיקה שנערכה במשרד התברר כי לא ידוע על תלונות כאלה למעט אחת של רשת אשר מפעילה מוסדות סיעודיים. משרד מבקר המדינה העיר למשרד שעליו לשמש כתובת לבעיות, לליקויים ולתלונות שיש למוסדות בנוגע לקשר עם קופות החולים ועליו לבחון הקמת מנגנון לברור התלונות במסגרת המנגנון הקיים של נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, או במסגרת מנגנון אחר במשרד בשיתוף נציבת הקבילות.

4. קיימת חשיבות רבה לאשפוז קשישים במצב סיעודי מורכב במוסדות בקרבת בני משפחתם הסועדים אותם, אולם הועלו מקרים שעל פי החלטות מחוזות הכללית, האשפוז הסיעודי מורכב מתבצע בהם במקומות המרוחקים מבני משפחתו של הקשיש, והדבר מקשה עליהם את שמירת הקשר עמו או מונע אותה. לא תמיד הכללית מאפשרת שאשפוז סיעודי מורכב יתבצע במוסדות שאינם קשורים למחוז שהקשיש השתייך אליו לפני אשפוזו, עקב השיטה הנהוגה בכללית, שלפיה מחוזות הכללית אחראים למימון הטיפול הרפואי של אלה הרשומים בהם. משרד מבקר המדינה מעיר לכללית שעליה לגלות גמישות ולאפשר לקשיש אשפוז סיעודי מורכב באזור בו מתגוררים קרובי משפחתו ולא רק במוסדות הקשורים למחוז מקום מגוריהם, ובמידת הצורך עליה לשנות את נהליה כדי לאפשר את הקשר של הקשישים עם משפחתם הקרובה.

5. על המשרד לדאוג כי מידע בדבר השירותים המגיעים לקשישים המאושפזים בקוד ותשלומים שאסור לדרוש מהם, יימסרו גם בדפי מידע ובזמינות ראויה ולא רק באינטרנט. בדפי מידע אחרים שחסר בהם מידע חשוב מן הראוי להפנות לנוהל הרלוונטי או לרכז את כלל המידע בנוהל אחד שיהיה זמין לציבור.

6. קשישים שאפשר להזינם בהזנת פג, העדיפה מבחינה רפואית אך כרוכה בהגדרתם כסיעודיים, מוזנים בהזנת זונדה, המסבה להם סבל, בין היתר, עקב שיקול כלכלי של המשפחות. עד מועד סיום הביקורת ואף שקיימת הסכמה עקרונית במשך שנים בין המשרד לקופות החולים, הנושא לא הוסדר בשל אי-מציאת פתרון הולם בידי המשרד לסוגיה התקציבית. מן הראוי לקדם את הפתרון בנוגע לסוגיה התקציבית.

7. נוסחת הקפיטציה היא המנגנון להקצאת כספים לקופות החולים (כ-24 מיליארד ש"ח בשנת 2006), ומבוססת כיום על מדדי גיל וכמה מחלות קשות בלבד. נוסחת הקפיטציה עודכנה פעמיים בלבד, ולאי-הכללת מדדים נוספים בנוסחה כמו שמקובל בעולם המערבי, עלולה להיות השפעה לרעה על הטיפול בקשישים - דווקא לזו הנזקקת לשירותים רבים יותר.

קופות החולים פועלות גם לפי שיקול כלכלי, ומכאן כשקבוצה מסוימת אינה מקבלת כספים בהתאם להוצאותיה, השירות שניתן לקבוצה עלול להיפגע, ולקופות טענות באשר לנכונות הנוסחה. לפיכך משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות ולמשרד האוצר לבחון את הטענות הסותרות של הקופות ובהתאם לבדיקה לעדכן את נוסחת הקפיטציה. מלבד זה, מומלץ להיערך כראוי ובהקדם לאיסוף נתונים שישמשו את הוועדה שצריכה לקבל החלטות בנושא.

8. הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה כי יש חשש לניגוד עניינים בין תפקידו של פרופ׳ שטסמן כגריאטר המחוזי של הכללית בירושלים ובין עיסוקיו הפרטיים, וכי פרופ׳ שטסמן לא דיווח לכללית על מקומות עבודתו הפרטיים, לא חתם על טופס ״הצהרה בדבר ניגוד עניינים״ ולא קבע אתה ״הסדר למניעת ניגוד עניינים״, כל זאת בניגוד לנוהלי הכללית וסדרי מינהל תקין אף שהייתה עליו חובה לעשות זאת.

ובאשר לתפקוד הכללית - בהיותה גוף ציבורי, מן הראוי שתפעל דרך שגרה לבחינה ולמניעת ניגוד עניינים בין התפקידים שממלאים עובדיה, ובייחוד עובדיה הבכירים; וכללים אלה ראוי אף שהכללית תסדיר בנהליה.