מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים

תקציר

בישראל יש 45 בתי חולים כלליים ציבוריים[1] ופרטיים ובהם כ-14,600 מיטות אשפוז בתקן[2], מהן כ-3,625 מיטות בכ-90 מחלקות פנימיות (להלן - מיטות פנימיות). מרבית המיטות הפנימיות שייכות לבתי החולים הממשלתיים ולבתי החולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית).

זה שנים רבות קיימת מצוקת אשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית. לעתים היה אחוז התפוסה בפועל (להלן - אחוז התפוסה) במחלקות אלה גבוה מ-150, ואף דווח על אשפוז של 65 חולים במחלקה פנימית שבה 38 מיטות לפי התקן (171%). לפיכך חולים צופפו בחדרים ואושפזו במסדרונות ובחדרי אוכל מחלקתיים שאין בהם התקנים המאפשרים להתחבר למכשירים חיוניים ולחמצן, וגברים ונשים אושפזו באותו החדר ובמסדרונות סמוכים אלו לאלו. תנאי אשפוז אלו פוגעים בכבודם ובפרטיותם של החולים, וקיים חשש שבכמה מקרים אף בבריאותם. ההערכה היא שכ-300 חולים מאושפזים בכל יום שלא במיטות הפנימיות בתקן. עקב הארכת תוחלת החיים וגידול בשיעור הקשישים בישראל, המאושפזים במחלקות הפנימיות הם בעיקר קשישים הסובלים מבעיות רפואיות מורכבות. מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות היא מגמה מתמשכת וקבועה, שלדעת משרד הבריאות אף תחמיר אם לא יינקטו צעדים מידיים משום שלהערכתו אחוז הקשישים באוכלוסייה צפוי לגדול במידה ניכרת בעשור הבא.

בשלבים הסופיים של הכנת דוח הביקורת הגישה ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) עתירה לבג"ץ בעניין, ובה התבקש בית המשפט להורות למשרד הבריאות להוסיף מיטות אשפוז במחלקות הפנימיות ובמחלקות לטיפול נמרץ באמצעות צו על תנאי. העתירה טרם הוכרעה[3]. לדברי פרקליטות המדינה, במהלך דיון בבג"ץ הר"י הסכימה לוותר על טענותיה בדבר הוספת מיטות אשפוז במחלקות הפנימיות, ולמעשה העתירה צומצמה לעניין הוספת מיטות אשפוז במחלקות טיפול נמרץ בלבד.

פעולות הביקורת

בחודשים ינואר-אוגוסט 2010 בדק משרד מבקר המדינה את המצב במחלקות הפנימיות בישראל ובייחוד את הנושאים האלה: תנאי האשפוז והנזקים הנגרמים

---

1 בית חולים ציבורי כללי מוגדר כבית חולים ממשלתי כללי, בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים, בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית וכן כל בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי.

2 מיטות בתקן - מיטות האשפוז המאושרות בתעודת הרישום של בית החולים. לפי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, המשרד מנפיק לכל בית חולים תעודת רישום ובה מפורטים סוגי המחלקות והיחידות שבית החולים רשאי להפעיל ומספר המיטות או העמדות בכל אחת מהן.

3 בג"ץ 488/11 **ההסתדרות הרפואית בישראל נ' שר הבריאות ואח'.**

מעומס רב במחלקות; החריגה מתנאי תעודת הרישום של בית החולים עקב תפוסות גבוהות; סדרי מימוש התכניות שהכין משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) להוספת מיטות אשפוז בכלל ומיטות פנימיות בפרט; והצעדים שאפשר לנקוט לשיפור תנאי האשפוז במחלקות פנימיות ולהפחתת אשפוזים במחלקות אלה גם ללא תוספת מיטות. עדכונים אחרונים נעשו עד אמצע פברואר 2011.

עקב חשיבות הנושא, והשפעתו על חולים רבים - בעיקר קשישים - ונוכח המצב הקשה שנחשף לפני צוות הביקורת במחלקות פנימיות בבתי חולים ברחבי הארץ, ביולי 2010, לפני סיום הביקורת, הציג משרד מבקר המדינה באופן חריג את הסוגיות העקרוניות לפני ראש הממשלה ושר הבריאות, מר בנימין נתניהו, סגן שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ושר האוצר, ד"ר יובל שטייניץ.

הבדיקה נעשתה במשרד, בכמה בתי חולים כלליים ממשלתיים, בכמה בתי חולים כלליים של הכללית, במשרד האוצר ובקופות החולים: הכללית, מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). בירורים נעשו בנציבות שירות המדינה (להלן - נש"מ).

עיקרי הממצאים

אחוז התפוסה - תמונת מצב

1. אחוז התפוסה בכלל מחלקות האשפוז בישראל לעומת מדינות ה-OECD[4]: אחוז התפוסה הממוצע בכלל מחלקות האשפוז שבבתי החולים במדינות ה-OECD הוא כ-75. לדעת אנשי מקצוע, אחוז התפוסה הרצוי הוא 85 שכן הוא מאפשר קליטת חולים רבים בעת הצורך ומתן שירות טוב למאושפזים בתקופות של רגיעה. על פי נתוני המשרד, אחוז התפוסה בכלל המחלקות לאשפוז כללי בישראל בשנת 2008 היה 96%, הנתון הגבוה בנתוני כל המדינות החברות בארגון ה-OECD. יש לציין כי אחוזי התפוסה נמדדים לפי תקן המיטות, ואינם מביאים בחשבון את מספר המיטות בפועל[5].

2. אחוז התפוסה במחלקות הפנימיות: המחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים הן מהמחלקות העמוסות ביותר, ואחוזי התפוסה בהן גבוהים בדרך כלל מאחוזי התפוסה בשאר המחלקות - בממוצע שנתי 98% ובימים מסוימים גדל אחוז התפוסה עד ל-150% ואף יותר.

בינואר 2011 - לאחר סיום הביקורת - הודיע ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות, כי בכוונתו לפרסם חוזר מנכ"ל שמטרתו להביא להפחתה בחריגה באחוזי התפוסה היומית במחלקות הפנימיות העולים על 120% "ביחס לתקן ב-2011", והעולים על 115% החל מהרבעון הראשון של שנת 2012 וכי במהלך שנת 2012 ייבחנו הדרכים להפחתה באחוזי התפוסה ל-110%. בחוזר יפורטו הצעדים לצמצם חריגות מיעדים אלה. מתקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966 (להלן - תקנות בריאות העם), אפשר ללמוד כי לבית חולים אסור לחרוג ממספר המיטות שנקבע

---

4 Organization for Economic Cooperation and Development - ארגון לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי. בארגון חברות כ-30 מדינות, מרביתן מערביות, וישראל הצטרפה אליו בשנת 2010.

5 בבתי חולים ציבוריים כגון הדסה קיימות מיטות מעבר לתקן אך בית החולים מתקנן בגינן כוח אדם.

בתעודת הרישום שלו, אלא אם כן מדובר בסטייה זמנית. על משרד הבריאות ובתי החולים להקפיד על כך.

3. מאושפזים שלא לצורך: עד 15% מן המאושפזים במחלקות הפנימיות שנבדקו, היו חולים שהטיפול הרפואי בהם במחלקה הסתיים. חלקם המתינו להעברה לביתם, למחלקה אחרת בבית החולים, או למוסדות סיעודיים או שיקומיים מחוץ לבתי החולים.

נזקים הנגרמים מאשפוז בתנאים קשים ולא הולמים

1. איכות הטיפול וסכנת הידבקות: עקב הצפיפות הרבה בחדרי האשפוז, במסדרונות המחלקות ובחדרי האוכל המחלקתיים איכות הטיפול הניתנת לחולים אינה מיטבית. כמו כן גוברת סכנת ההידבקות של החולים בין השאר גם בחיידקים עמידים. מנכ"ל משרד הבריאות טען כי במצב הקיים "כל יום נפגעת איכות הטיפול בחולים, עד כדי איבוד חיים".

2. אשפוזים חוזרים: עקב הצורך לפנות מיטות למאושפזים חדשים, פעמים רבות מתאשפזים החולים במשך זמן קצר מדי. משך האשפוז הממוצע בישראל (ארבעה ימים) קצר ממשך האשפוז הממוצע בכל מדינות ה-OECD האחרות, ולדברי רופאים במחלקות פנימיות, אשפוז קצר אינו מאפשר לעתים לאבחן חולה כראוי ולטפל בו כיאות.

כ-20% מכלל האשפוזים ב-2008, ובכלל זה האשפוזים במחלקות הפנימיות, היו אשפוזים חוזרים שנעשו בתוך 30 יום מהשחרור מבית החולים. עולה חשש שכמה מן האשפוזים החוזרים נובעים ממשכו הקצר של האשפוז הקודם.

3. חולים מונשמים במחלקות פנימיות: חולים מונשמים[6] רבים מאושפזים במחלקות פנימיות במתכונת של "טיפול מוגבר", אך לא נקבע תקן שונה למשרות כוח אדם סיעודי ואחר לטיפול בחולים אלה. לפיכך עומס העבודה המוטל על האחיות והעובדים האחרים במחלקות הפנימיות גדל. חלק מהחולים המונשמים היו צריכים להיות מאושפזים במחלקות לטיפול נמרץ, אולם עקב מחסור במיטות במחלקות טיפול נמרץ הם אושפזו במחלקות הפנימיות. עולה חשש שהחולים האלה מקבלים טיפול שאינו ראוי, ונפגע הטיפול הרפואי הניתן לשאר המאושפזים במחלקות הפנימיות. בעקבות עיצומים שנקטו האחים והאחיות בינואר 2011, לאחר סיום הביקורת, התחייב משרד האוצר להוסיף 190 משרות של אחיות לצורך טיפול בחולים המונשמים במחלקות הפנימיות.

4. אשפוז במחלקות שאינן מתאימות: עקב התפוסה הגבוהה במחלקות הפנימיות חולים האמורים לשהות בהן מאושפזים לעתים במחלקות אחרות בבית החולים שיש בהן מיטות פנויות (מחלקות לוויין). כמו כן כמה מהחולים המאושפזים במחלקות הפנימיות שייכים לפי אופי מחלתם למחלקה אחרת. לפיכך רופאי המחלקות שאליהן שייכים החולים נאלצים לעבור בין המחלקות כדי לטפל בחולים. לדברי מנכ"ל משרד הבריאות, במצב זה איכות הטיפול נפגעת עקב הכשרה מוגבלת של הצוותים ואי-זמינות הרופאים בביקורים.

---

6 חולים שאינם מסוגלים לנשום בכוחות עצמם ויש לסייע להם לנשום בעזרת מכשירים מתאימים.

5. סגירת חדרי מיון עקב תפוסה גבוהה: עקב התפוסה הגבוהה במחלקות הפנימיות והיעדר מקום לקלוט עוד חולים, מאוגוסט 2008 ועד ספטמבר 2010 נסגרו חדרי מיון בבתי חולים כלליים ברחבי הארץ עשרות פעמים, ומגן דוד אדום (מד"א) העביר את החולים לבתי חולים אחרים, מקצתם מרוחקים. סגירת חדרי מיון עלולה לפגוע קשות באוכלוסייה הנזקקת לאשפוז משום שיש חשש שיחמיר מצבו הרפואי של חולה המפונה לבית חולים מרוחק.

6. השלכות טיפול שאינו מיטבי: נוכח התנאים הקשים שפורטו לעיל כמה מהחולים המאושפזים במחלקות פנימיות אינם מקבלים טיפול מיטבי, והטיפול בהם עלול להימצא רשלני.

רופאים במחלקות הפנימיות

1. תקינה: תקינת הרופאים מיושנת. היא נקבעה בשנת 1976 ומאז עודכנה כמה פעמים. כבר בדוח קודם של מבקר המדינה[7] נקבע ש"שיטת התקינה אינה מתאימה עוד לצורכי מערכת הבריאות". במחלקות שנבדקו נמצא כי יש פער בין מספר החולים שבהם מטפל כל רופא בממוצע בבתי החולים השונים וכי לעתים מטפל רופא בחולים רבים מן הקבוע בתקן, לעתים עד יותר מ-88%. לפיכך הרופאים המעטים במחלקות פנימיות מסוימות כורעים תחת הנטל. משרד הבריאות מעריך שחסרות מאות משרות רופא בכלל המקצועות במערכת האשפוז, ולדבריו "נושא תקינת הרופאים ואי הוספת תקנים הינם אבני ריחים התלויים על צוואר הרפואה הציבורית". תחום הרפואה הוא תחום דינמי ובטכנולוגיות הטיפול הרפואי חלים שינויים תכופים. לדברי משרד האוצר, לאור הדינמיות הרבה יש לתת למנהלי בתי החולים גמישות לשבץ כוח אדם ללא כבילת "שיקול דעתם לנוסחאות תקינה".

2. עומס העבודה הרב המוטל על הרופאים: (א) עבודת הרופאים - במהלך יום העבודה מבצעים הרופאים קבלות רבות של חולים ושחרורים רבים. עקב עומס העבודה הרב במחלקות הפנימיות והיעדר תנאים מתאימים יש חשש שרופאים אינם קשובים תמיד לכל צורכי החולה, עושים "קיצורי דרך", משחררים חולים מוקדם מדי ומקבלים החלטות שגויות.

(ב) תנאי עבודת המתמחים - מתמחים אינם מעוניינים לעבוד במחלקות הפנימיות, ובכמה מבתי החולים כמעט לא נקלטים מתמחים בתחום הרפואה הפנימית. עקב המחסור במתמחים בתחום הרפואה הפנימית, מתמחים מעטים עושים תורנויות רבות, לעתים יותר מעשר בחודש[8]. כל תורנות אורכת כ-26 שעות. לפיכך עולה חשש שעומס העבודה המוטל על המתמחים במחלקות הפנימיות, שהתגבר במרוצת השנים, פוגע ביכולת השיפוט המקצועי שלהם וכן עולה חשש שתכיפות התורנויות ועומס העבודה אינם משאירים לרופאים המתמחים די זמן להתעדכן בחומר מקצועי.

(ג) מצוקה בפריפריה - נמצא כי מצוקת כוח האדם הרפואי במחלקות הפנימיות בפריפריה חמורה יותר מבמחלקות הפנימיות במרכז הארץ.

---

7 דוח שנתי 59ב (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355.

8 המשרד הסביר שגם במחלקות אחרות יש מחסור במתמחים.

(ד) הרפואה הפנימית כמקצוע במצוקה - כבר בתחילת העשור האחרון קבעו כמה ועדות של המשרד שיש חשש שמקצוע הרפואה הפנימית יהיה במצוקה, ובסוף שנת 2008 ציין המשרד שיש "חשש להתפתחות של מצוקה" במקצוע זה. המשרד מסר למשרד מבקר המדינה שרק בפברואר 2008 נענו משרד האוצר והמועצה להשכלה גבוהה לבקשות המשרד להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה. עקב מצבו של מקצוע הרפואה הפנימית, ותנאי העבודה הקשים בתחום זה עולה חשש, שלמרות הגידול במספר הסטודנטים לרפואה, רופאים יימנעו מלפנות להתמחות בתחום זה. משרד האוצר סבור שהוספת תקנים לבתי חולים לא תקל על גיוס מתמחים למקצועות מסוימים, ובכללם לרפואה הפנימית, ועל משרד הבריאות "לקחת לידיו" את הסמכויות הנדרשות לצורך תכנון כוח האדם הרפואי (ניהול ההתמחויות) בהתאם לצרכים הלאומיים.

אחיות במחלקות הפנימיות

1. המחסור באחיות בישראל: בישראל יש מחסור גדול באחיות. מאחר שההכשרה אורכת כמה שנים, גם אם יוסיפו משרות יש חשש שבשנים הקרובות לא יהיה אפשר לאיישן. משרד הבריאות הסביר למשרד מבקר המדינה כי הוא עוסק בהגברת ההכשרה של אחיות מוסמכות.

2. תקינת אחיות חסרה ומחסור באחיות במחלקות פנימיות: שלא כמו תקינת הרופאים הפנימאים, תקינת האחיות מושפעת בדיעבד גם מאחוזי התפוסה במחלקות. עם זאת, המשרות שבתקן אינן מאוישות במלואן במרבית המחלקות הפנימיות, בין היתר בשל צעדי חיסכון שנוקטים בתי חולים. עקב עומס העבודה יש אחיות שמעדיפות לא לעבוד במחלקות הפנימיות.

3. איוש משמרות במחלקות הפנימיות: כאשר יש אחיות מעטות מדי במחלקה עלול הדבר לסכן את החולים. כך, למשל, לעתים קרובות יש רק שתי אחיות במשמרת לילה במחלקה של עשרות חולים, ולדעת אנשי מקצוע אין די בכך לטיפול בכלל החולים במחלקה.

חסרונות שיטת ההתחשבנות בין קופות החולים לבתי החולים

1. תמריץ כלכלי לאשפוז יתר במחלקות הפנימיות: קופות החולים מתקשרות עם בתי החולים בהסדרים כספיים לשם קבלת שירותי אשפוז ושירותי מרפאה. על פי הסדרים אלו, תמורת צריכה החורגת מהתקרה שנקבעה משלמות הקופות מחירים מופחתים או שאינן משלמות כלל. לדעת המשרד, שהובעה בדוח ביקורת קודם בנושא, לשיטה זו חסרונות ניכרים, ובהם יצירת תמריץ לקופות החולים להפנות חולים לבתי החולים שבהם הן חרגו מתקרת הצריכה כדי לזכות בהנחה מרבית. הדבר פוגע כמובן בבתי החולים הללו, המספקים שירותים רבים במחיר נמוך[9].

---

9 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 60ב (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות חולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 497 ואילך.

לדברי המשרד, שיטה זו גורמת לשחיקה פיננסית של בתי החולים ולפגיעה ביכולתם לספק שירותים רפואיים נאותים, והם נאלצים לקצר את משכי האשפוז אל מתחת לנורמות המקובלות בעולם ולקצץ בתקן כוח האדם למיטה.

2. **חשש לניגוד עניינים מוסדי בפעילותם של מנהלי בתי החולים**: ככל שמספר נתון של רופאים ואחיות מטפל בחולים רבים יותר, הטיפול בכל חולה זול יותר עבור בית החולים. על כן נוסף על האינטרס של מנהלי בתי החולים להעניק את הטיפול הרפואי המיטבי, עלול להיות להם גם אינטרס מוסדי למלא ככל האפשר את המחלקות הפנימיות[10] ואף לחרוג מתקן המיטות למחלקה שנקבע בתעודת הרישום של בית החולים. לפיכך עולה חשש שיש ניגוד עניינים מוסדי בפעילותם של מנהלי בתי חולים, המאפשרים אשפוזי יתר במחלקות הפנימיות. יש לציין, כי לכאורה האינטרס של מנהלי בתי החולים זהה לאינטרס של הקופות (לפחות של חלקן ובהתאם לתנאי הסכם ההתקשרות) - למלא את המחלקות הפנימיות עד אפס מקום, ואילו אינטרס מנהלי המחלקות הפנימיות הוא לשמור על רמת תפוסה שבה יהיה אפשר לתת טיפול טוב יותר.

חריגה מתנאי תעודת הרישום (רישוי) של בית החולים

לפי תקנות בריאות העם, המשרד מעניק לכל בית חולים תעודת רישום, ובה מפורטים המחלקות הפועלות בבית החולים ומספר המיטות שרשאי בית החולים להציב בכל מחלקה. תעודת הרישום אינה מתירה לבית החולים לסטות ממספר המיטות שנקבע בה, אלא אם כן מדובר בסטייה זמנית. שינוי קבוע של מספר המיטות מחייב קבלת אישור ממנכ"ל המשרד. יצוין כי המשרד לא הגדיר מהי סטייה זמנית. בפועל בתי החולים חורגים תקופות ממושכות ממספר המיטות הפנימיות שנקבע בתעודות הרישום שלהם בלי שמנכ"ל המשרד נתן את אישורו לכך. מדובר בתופעה חמורה, ולמעשה תעודות הרישום של בתי החולים הפכו לנייר חסר משמעות.

שיעור מיטות ל-1,000 נפש

מיטות האשפוז בישראל נחלקות לארבעה סוגים עיקריים: מיטות לאשפוז כללי, לאשפוז פסיכיאטרי, לאשפוז ממושך ומיטות שיקום.

1. **סך כל מיטות האשפוז**: שיעור כל סוגי מיטות האשפוז בישראל הוא כ-5.6 ל-1,000 נפש[11]. לדעת משרד האוצר שיעור זה גבוה ביחס לרוב מדינות העולם המפותח.

2. **מיטות לאשפוז כללי**: על פי פרסומי משרד הבריאות שיעור המיטות לאשפוז כללי בארץ ב-2008 היה 1.95 ל-1,000 נפש. שיעור הקשישים בישראל נמוך משמעותית לעומת מדינות ה-OECD, ואולם משרד הבריאות אינו מתקנן בנתוניו את גיל האוכלוסייה. לבקשת משרד מבקר המדינה חישב משרד הבריאות את שיעור המיטות בישראל ובמדינות ה-OECD בהתחשב בשיעור הקשישים בארץ. לפי חישוב

---

10 על בתי החולים לעמוד ביעדי הכנסות שקובעים משרדי הבריאות והאוצר. כמו כן לעתים קובעים מנהלי בתי חולים יעדי תפוסה במחלקות פנימיות.

11 מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, תחום מידע, ינואר 2010.

זה שיעור המיטות בישראל עולה ל-2.0. נתון זה ממקם את ישראל במקום ה-27 מבין 31 המדינות שנכללו בנתונים (ב-13 המדינות שבראש הרשימה היה השיעור בין 3.1 ל-5.6). ואולם יש לציין כי נתון דומה לישראל יש לנורבגיה (2.1), אנגליה ואיטליה (2.2) וקנדה (2.3).

מנגד, משרד האוצר טוען כי מדינות שונות כוללות סוגי מיטות שונים בדיווחים שלהן על מיטות לאשפוז כללי, וכי משרד הבריאות לא כולל בנתוני המיטות לאשפוז כללי, בין השאר, חלק מהמיטות לאשפוז ממושך שהן בעצם מיטות כלליות, ואין הוא כולל בנתוניו את מספר המיטות הפנימיות שבתי החולים מפעילים למעשה מעבר לרשום בתעודת הרישום (כולל בחלק מהמקרים שבהם הנהלות בתי חולים ציבוריים מתקננות צוות רפואי מלא למיטות המופעלות מעבר לרשום בתעודת הרישום); המשרד גם אינו מתחשב בעובדה שבארצות מערביות יש לאורך השנים ירידה בשיעור מיטות האשפוז ביחס לאוכלוסייה והנטייה אצלן היא לא להוסיף מיטות אשפוז[12].

לנוכח המחלוקת המהותית בין שני המשרדים עליהם להגיע להסכמה בנושאים אלה, ואם הם לא יגיעו להסכמה, יש להביאם להכרעת שרי הבריאות והאוצר או אף להכרעת הממשלה.

תכניות המשרד להוספת מיטות אשפוז

בשנים 1995-2005 הכין המשרד שתי תכניות להוספת מיטות אשפוז[13]. להלן הפרטים:

1. "תכנית אשפוז לשנים 1996-2000" מאוגוסט 1996: בתכנית זו נקבע שיש להוסיף כ-2,800 מיטות אשפוז. על יסוד תכנית זו באו המשרד ומשרד האוצר לידי הסכמה[14] שבשנים 1996-2000 יוספו 1,200 מיטות אשפוז. בינואר 2011, טרם הושלמה הוספתן של כל 1,200 המיטות[15].

2. "תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025" ממאי 2005: על פי החלטת ממשלה מינואר 2005, מונה צוות ממשרדי הבריאות והאוצר להכנת תכנית להוספת מיטות אשפוז. לפי התכנית, עד סוף 2015 יש להוסיף כ-3,600 מיטות, רובן מיטות למחלקות הפנימיות[16]. בשל התנגדות עקרונית של נציגי משרד האוצר בצוות להוספת מיטות אשפוז הכנת התכנית הושלמה במאי 2005 בידי עובדי משרד הבריאות שבצוות. משרד הבריאות הגיש את התכנית לאישור

---

12 השוואות בינלאומיות במערכת הבריאות: ארצות OECD וישראל, 1970-2005, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, 2007.

13 הוספת מיטות משמעה הוצאה כספית חד-פעמית לבניית המקום שב יוצבו המיטות (בניית מבנה חדש או הרחבת מבנה קיים) והוצאה כספית שוטפת לאחזקה ולמימון כוח אדם רפואי וסיעודי שיש להקצות בגין כל מיטה נוספת. עיקר ההוצאה הוא מימון כוח האדם לאורך שנים.

14 ההסכמות שגיבשו משרדי הבריאות והאוצר בעניין תוספת מיטות אשפוז ב-15 השנים האחרונות הן למעשה הסכמי פשרה שלא הביאו לידי מילוי הצרכים כפי שהעריך המשרד.

15 המרכז הרפואי הלל יפה היה בעיצומו של תהליך בנייה לשם הוספת 85 מיטות, ובספטמבר 2010 אוכלס מבנה האשפוז הראשון שנבנה בו על פי התכנית ונוספו 41 מיטות. אולם כלל לא הוחל בבנייה בברזילי, בוולפסון ובבני ציון לשם הוספת 72 מיטות.

16 לפי נתוני המשרד, ב-20 השנים האחרונות גדל מספר המיטות הפנימיות בכ-37% אף שהאוכלוסייה גדלה בכ-66%, ומספר הקשישים גדל בקצב מהיר פי שניים מזה של האוכלוסייה הכללית.

הממשלה, אך עד פברואר 2011 הנושא לא הועלה לדיון בישיבותיה. בכל השנים הללו החריפה מצוקת האשפוז ונפגע השירות הניתן לציבור[17].

בינואר 2011 מסר המשרד כי בא לידי הסכמה עם משרד האוצר שלפיה יוספו 960 מיטות אשפוז בשש השנים הבאות - לפנימיות, לטיפול נמרץ, לפגיות וליולדות. לדברי המשרד, תוספת המיטות אינה אופטימלית, אולם היא מהווה פריצת דרך. עד פברואר 2011 לא סוכמו אופן פריסת תוספת המיטות באזורים השונים בארץ ובתי החולים שיקבלו אותה.

עמדות בדבר הצורך בהוספת מיטות ודרכי הפתרון למצוקת האשפוז

1. לדעת משרד האוצר, יש לפתור את מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות באמצעים שונים בתוך מערכת הבריאות ובייחוד באמצעות העברת יותר משאבים ופעילויות מבית החולים לקהילה[18]. קופות החולים תומכות גם הן בקידום פתרונות מונעי אשפוז ותחליפיו, כגון טיפולי בית בקהילה, והן כבר נקטו סדרת צעדים בנדון[19] שמאפשרים לטפל באלפי חולים בביתם. משרד מבקר המדינה מעיר כי המשרד עדיין לא קבע מדיניות לפיתוח שירות כזה. מכל מקום, מדובר בפתרונות שאמורים להקל את העומס במחלקות האשפוז ולא למנעו כליל, והם אינם מתאימים לכל החולים.

2. מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים ממליצות כל מיני ועדות ממלכתיות שהמשרד יחדל מתפקידו כיצרן וכספק שירותים, וכי שתי הישויות המשפטיות בכל מרכז רפואי (בית חולים ותאגיד) יהפכו לאחת - וזאת באמצעות תאגוד בתי החולים. גם הממשלה קיבלה החלטות רבות בנושא, אולם טרם נעשה דבר[20].

פתרונות למצוקה במחלקות הפנימיות

במרוצת השנים הועלו פתרונות שונים להקלת המצוקה במחלקות הפנימיות על ידי ועדות שעסקו בנושא, מבקר המדינה ואנשי מקצוע, אולם רובם לא יושמו במלואם או לא יושמו כלל. כך, למשל, לא הוחלט על תוספת של רופאים מומחים שידעו לאבחן את חומרת הבעיה כבר בחדר המיון ויצמצמו שליחת חולים לאשפוז במחלקות; לא הוחלט להפנות חולים קשישים היישר מחדר המיון של בית חולים כללי למרכזים גריאטריים לשם אשפוזם.

לאחר סיום הביקורת גיבשו משרד הבריאות ומשרד האוצר סדרה של פתרונות שנועדו להקל את מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות, פרט לתוספת מיטות, בהם - הגבלת החריגה בתפוסת מיטות האשפוז, שינוי אופן ההתחשבנות בין בתי החולים לקופות

---

17 במאי 2010 עדכן משרד הבריאות את התכנית וקבע שעד 2015 יש להוסיף לפחות 2,400 מיטות, מהן 1,000 מיטות פנימיות. בינואר 2010 העריך המשרד כי נדרשת הוספה מידית של 800 מיטות פנימיות, 300 מהן אינן מחייבות בינוי (כלומר, אפשר להציב את המיטות במבנים ובחדרים קיימים, אולם יש צורך לממן כוח אדם רפואי וסיעודי לטיפול בחולים המאושפזים בהן).

18 ראו בדוח זה בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

19 שם.

20 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

החולים והגדלת התמריצים לקופות כדי שיפתחו יותר פתרונות מונעי אשפוז ותחליפיו.

סיכום והמלצות

הביקורת העלתה שבבתי החולים הכלליים יש מצוקת אשפוז קשה ביותר. עקב עומס העבודה ההולך וגדל המוטל על הצוותים הרפואיים במחלקות הפנימיות, יש חשש שהטיפול שמקבלים החולים במחלקות הפנימיות עלול להימצא רשלני. משרד מבקר המדינה מציין לשבח את תפקוד הצוותים הרפואיים והסיעודיים הפועלים בתנאים קשים במחלקות הפנימיות.

עקב חשיבות הנושא, והשפעתו על חולים רבים - בעיקר קשישים - ונוכח המצב הקשה שנחשף לפני צוות הביקורת במחלקות פנימיות בבתי חולים ברחבי הארץ, ביולי 2010, לפני סיום הביקורת, הציג משרד מבקר המדינה באופן חריג את הסוגיות העקרוניות לפני ראש הממשלה ושר הבריאות, מר בנימין נתניהו, סגן שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ושר האוצר, ד"ר יובל שטייניץ.

להלן הסוגיות במחלוקת הדורשות טיפול ופתרונות דחופים מצד משרד הבריאות ומשרד האוצר:

1. (א) אחוז התפוסה - על המשרד לפרסם בהקדם חוזר בדבר הפחתת אחוזי התפוסה, ועליו להגיע לידי הסכמה עם משרד האוצר בדבר אחוז התפוסה השנתי המרבי הרצוי במחלקות בית החולים, באופן ששיעורו יהיה בין 85% ל-95%. אחר כך יש לנקוט צעדים ממשיים ויעילים כדי להגיע בהקדם ליעד שנקבע. במקרים חריגים ובבתי חולים מסוימים על המשרד לשקול לאשר חריגה מאחוזי התפוסה שסוכמו, שמעבר לה לא יקבלו בתי החולים תשלום מהקופות.

(ב) שיטת מדידת מיטות האשפוז הכלליות בישראל - יש להגיע להסכמה גם בדבר מדידת שיעור מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש. על משרדי הבריאות והאוצר לבחון מחדש את התאמת הדיווחים להגדרות ארגון ה-OECD ולארגון הבריאות העולמי (WHO).

(ג) קביעת יעד מיטות רצוי ל-1,000 נפש בישראל - על משרדי הבריאות והאוצר לקבוע יעד רצוי למספר המיטות הכלליות ל-1,000 נפש בישראל[21], תוך התחשבות במבנה מערכת הבריאות בישראל והקשרים בין הקהילה למערכת האשפוז. עליהם לבחור במשותף את המדינות המערביות שמבנה מערכת הבריאות בהן דומה לזה שבישראל ואשר מדווחות לארגונים בין-לאומיים בדומה לישראל ולבחון את מצבה של ישראל ביחס למדינות אלה.

אם המחלוקת בעניינים אלה לא תוכרע בין שני המשרדים בהקדם, יש להביאה להכרעת שרי הבריאות והאוצר או אף להכרעת הממשלה.

2. חולים מונשמים: על מנת לשפר את הטיפול בחולים המונשמים במחלקות הפנימיות יש לגייס בהקדם את תוספת האחיות שכבר אושרה.

---

21 על פי תקנות בריאות העם השיעור הארצי המרבי של מיטות כלליות ל-1,000 נפש לא יהיה גבוה מ-2.4.

3. תקינת הרופאים והאחיות: על משרד הבריאות, משרד האוצר ונש"מ לתת את הדעת על הבעיות שהועלו בנושא תקינת הרופאים בבתי החולים ובכלל זה לקבוע שיטת תקינה חדשה לרופאים במחלקות האשפוז בכלל ובמחלקות הפנימיות בפרט.

ראוי להתאים את שיטת התקינה החדשה שתיקבע לחידושים ולהתפתחויות הטכנולוגיות במאה העשרים ואחת. נוסף על כך, נוכח המצוקה הקשה, יש לבחון גם פתרונות מידיים לתקינה, למשל לבדוק אם ניתן לשלב במנגנונים הקיימים "גמישות" בניהול כוח אדם. יש לעודד מתמחים ואחיות לעבוד ברפואה פנימית, ולעודד מעבר של כוח אדם רפואי למערך האשפוז הממשלתי בפריפריה, כפי שנעשה בבתי החולים של הכללית.

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו משנת 2009[22] שלפיה על המשרד, בשיתוף גופים נוספים, להקים גוף שיספק בין היתר מידע הנוגע לכוח אדם במקצועות הבריאות, ובכלל זה מידע על מגמות תעסוקה, ועל סמך המידע שייאסף יגבש הנחיות לתכנון כוח האדם, יעקוב אחר יישומן, יכוון וירכז את הפעילות בנושא וינתב את המשאבים המוקצים לכך.

4. יש לעגן את צורכי מערכת האשפוז ב"תכנית אב לפיתוח מערכת הבריאות" ולהקפיד על יישומה. מומלץ שלא להתמקד רק בפתרון של תוספת מיטות שאושרה ולנקוט פעולות מגוונות, כגון עידוד הקופות להגדיל את מערך השירותים בקהילה שהם מונעי אשפוז ותחליפיו, שינוי אופן ההתחשבנות בין הקופות לבתי החולים, שיפור הפעילות בחדרי מיון, הרחבת הפטור מתשלום עבור תרופות לקשישים מעוטי הכנסה, זירוז של ביצוע בדיקות במהלך אשפוז, ייעול העברה של חולים שהטיפול בהם במחלקה הפנימית הסתיים. יש לבצע שינויים פנימיים בבתי החולים: להגדיל את מספר המיטות במחלקות הפנימיות ולהקטינו במחלקות שבהן אחוזי תפוסה נמוכים.

5. במסגרת שקילת פתרונות שונים לסוגיות שהועלו, מן הראוי להוציא את האחריות התפעולית של מערך בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות כדי שיוכל להתמקד בתפקידו כרגולטור הקובע מדיניות.

6. לנוכח הפערים העצומים בין הערכות המשרד בדבר צורכי מערכת האשפוז ותוספת המיטות הנדרשת ובין הסכמי הפשרה שנחתמים לבסוף עם משרד האוצר, ולנוכח חילוקי הדעות הממושכים בין המשרדים[23], מן הראוי שנושא הוספת מיטות אשפוז ושאר הפתרונות שסוכמו אף יובאו לדיון בממשלה ולהכרעתה.

7. פירותיה של החלטה להוסיף מיטות אשפוז ייראו רק בעוד שנים אחדות. מאחר שמצוקת האשפוז בישראל נוראה והגיעה לשיאים שלא נודעו בה קודם לכן, אם מדינת ישראל לא תעלה נושא זה לראש סדר העדיפויות שלה, ולא תפעל לאלתר להקלת המצוקה במחלקות הפנימיות, ראשית כל באמצעות תגבור של רופאים ואחיות, יידרדר המצב ותגבר התמותה.

---

22 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב" עמ' 394.

23 בעניין טיפול במחלוקות נמשכות בין משרדי ממשלה ראו בדוח זה בפרק "הטיפול במחלוקות בין-משרדיות מתמשכות", עמ' 3.

♦

מבוא

בישראל יש 45 בתי חולים כלליים ציבוריים[24] ופרטיים ובהם כ-14,600 מיטות אשפוז בתקן[25], מהן כ-3,625 מיטות בכ-90 מחלקות פנימיות בבתי החולים השונים (להלן - מיטות פנימיות)[26]. כ-1,900 מיטות פנימיות הן בבעלות ממשלתית וממשלתית-עירונית, כ-1,200 בבעלות שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), והיתר בבעלות המרכזים הרפואיים הדסה עין כרם (82), הדסה הר הצופים (36), המיסיון (92), בתי חולים ציבוריים כשערי צדק ולניאדו (כ-270) ובתי חולים פרטיים כאסותא ת"א והמרכז הרפואי הרצליה (כ-45). עקב הארכת תוחלת החיים וגידול בשיעור הקשישים בישראל, המאושפזים במחלקות הפנימיות הם בעיקר קשישים הסובלים מבעיות רפואיות מורכבות.

זה שנים רבות יש מצוקת אשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית. לעתים היה אחוז התפוסה בפועל[27] (להלן - אחוז התפוסה) במחלקות אלו גבוה מ-150, ואף דווח על אשפוז של 65 חולים במחלקה פנימית שבה 38 מיטות לפי התקן (171%). לפיכך אושפזו בחדרי האשפוז יותר חולים מהמתוכנן על פי התקן; חולים אושפזו במסדרונות ובחדרי אוכל מחלקתיים שאין בהם התקנים המאפשרים להתחבר למכשירים חיוניים ולחמצן; וגברים ונשים אושפזו באותו החדר ובמסדרונות סמוכים אלו לאלו. ההערכה היא שכ-300 חולים מאושפזים בכל יום שלא במיטות הפנימיות בתקן. מדובר במגמה מתמשכת וקבועה, שלדעת משרד הבריאות אף תחמיר אם לא יינקטו צעדים מידיים משום שלהערכתו אחוז הקשישים באוכלוסייה צפוי לגדול במידה ניכרת בעשור הבא.

בדוחות קודמים של משרד מבקר המדינה כבר הוצגו עיקרי הסוגיות המועלות בדוח זה ובהן: מצוקת אשפוז[28], תקינה ישנה שאינה מתאימה לצורכי מערכת הבריאות, ניגודי עניינים מוסדיים, אופן ההתחשבנות בין קופות חולים (להלן גם - הקופות) לבתי חולים כלליים[29] וחוסר יעילות.

בחודשים ינואר-אוגוסט 2010 בדק משרד מבקר המדינה את מצב האשפוז במחלקות הפנימיות בישראל ובייחוד את הנושאים האלה: תנאי האשפוז והנזקים הנגרמים מעומס רב במחלקות; החריגה מתנאי תעודת הרישום של בית החולים עקב תפוסות גבוהות; סדרי מימוש התכניות שהכין

---

24 בית חולים ציבורי כללי מוגדר בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002: "בית חולים ממשלתי כללי, בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים, בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית וכן כל בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כמשמעותו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה".

25 מיטות בתקן - מיטות האשפוז המאושרות בתעודת הרישום של בית החולים. לפי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, המשרד מנפיק לכל בית חולים תעודת רישום ובה מפורטים סוגי המחלקות והיחידות שבית החולים רשאי להפעיל ומספר המיטות או העמדות בכל אחת מהן.

26 מחלקה פנימית מטפלת במגוון חולים שבדרך כלל אינם זקוקים לניתוח. במחלקה פנימית בבתי חולים ממשלתיים יש בדרך כלל 38 מיטות בתקן, ובסך הכול יש בישראל כ-4,000 מיטות פנימיות ובכלל זה מיטות של תת-התמחויות.

27 אחוז תפוסה בפועל - ימי האשפוז בפועל בתקופה מסוימת לעומת ימי האשפוז הפוטנציאליים באותה התקופה על פי מספר המיטות שבתעודת הרישום של בית החולים.

28 כבר בשנת 2009 כתב משרד מבקר המדינה כי במחלקות הפנימיות יש יותר מ-100% תפוסה, ולכן העומס ולחץ העבודה בהן גדולים ביותר. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 381.

29 בשנת 2010 כתב משרד מבקר המדינה כי ראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יבחנו את כל מערכת היחסים בין קופות החולים - המבטחות - ובין בתי החולים - נותני השירותים - ובכלל זה אמצעים שיבטיחו הגברת היעילות ומניעת מצבים של ניגוד עניינים. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 60ב** (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות חולים לבתי חולים כלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 497.

משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) להוספת מיטות אשפוז בכלל ומיטות פנימיות בפרט; המחלוקת בין משרדי הבריאות והאוצר בדבר הפתרונות הראויים למצוקת האשפוז, לרבות המחלוקת בדבר הצורך בהוספת מיטות; ולבסוף - הצעדים שאפשר לנקוט לשיפור תנאי האשפוז ולהפחתת אשפוזים במחלקות הפנימיות, מלבד הוספת מיטות, ואופן מימושם. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בכמה בתי חולים כלליים ממשלתיים, בכמה בתי חולים של הכללית, במשרד האוצר ובקופות החולים: הכללית, מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). בירורים נעשו בנציבות שירות המדינה (להלן - נש"מ). עדכונים אחרונים נעשו בפברואר 2011.

בשלבים הסופיים של הכנת דוח הביקורת הגישה ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) עתירה לבג"ץ בעניין, ובה התבקש בית המשפט להורות למשרד הבריאות להוסיף מיטות אשפוז במחלקות הפנימיות ובמחלקות לטיפול נמרץ באמצעות צו על תנאי. העתירה טרם הוכרעה[30]. לדברי פרקליטות המדינה, במהלך דיון בבג"ץ הר"י הסכימה לוותר על טענותיה בדבר הוספת מיטות אשפוז במחלקות הפנימיות, ולמעשה העתירה צומצמה לעניין הוספת מיטות אשפוז במחלקות טיפול נמרץ בלבד.

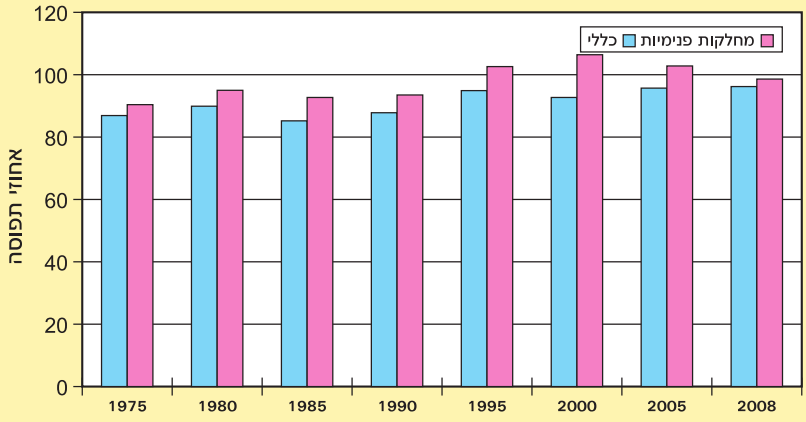
מצוקת האשפוז

הזכות לקבל טיפול רפואי נאות בתנאים הולמים תוך שמירה על כבוד האדם וזכותו לפרטיות היא זכות בסיסית של כל אדם באשר הוא. זכות זו הוכרה בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, הקובע כי חולה וכל מי שמבקש או מקבל טיפול רפואי "זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש". עוד נקבע בחוק כי "כל עובד... של המוסד הרפואי ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי".

להלן תרשים המציג את אחוזי התפוסה בכלל המחלקות ובמחלקות הפנימיות בשנים 1975-2008 לפי נתוני המשרד:

30 בג"ץ 488/11 **ההסתדרות הרפואית בישראל נ' שר הבריאות ואח'.**

אחוז תפוסה בכלל המחלקות ובמחלקות הפנימיות, 1975-2008



מהתרשים עולה כי בארבעת העשורים האחרונים גדלו אחוזי התפוסה של כלל המיטות בבתי החולים הכלליים ושל המיטות במחלקות הפנימיות בבתי חולים אלו. בתקופה זו היו אחוזי התפוסה של כלל המיטות 87%-97%, ואחוזי התפוסה במחלקות הפנימיות היו 90%-103%.

אחוז התפוסה - תמונת מצב

אחוז התפוסה בכלל מחלקות האשפוז בישראל לעומת אחוז התפוסה בעולם

אחוז התפוסה הממוצע בבתי החולים במדינות ה-OECD[31] הוא כ-75. לדעת אנשי מקצוע, אחוז התפוסה הרצוי הוא 85 שכן הוא מאפשר לצוותים הרפואיים לקלוט חולים רבים ולטפל בהם בעת הצורך ומאפשר מתן שירות טוב למאושפזים בתקופות של רגיעה. במאי 2010 הודיע ארגון ה-OECD למשרד כי הנתון שמסר לו המשרד בעניין התפוסה בבתי החולים - 96% - גבוה מנתוני כל המדינות החברות בארגון וכי בקנדה, המדורגת אחרי ישראל בעניין זה, יש 89% תפוסה. יש לציין כי אחוזי התפוסה נמדדים לפי תקן המיטות, ואינם מביאים בחשבון את מספר המיטות בפועל[32].

מן האמור לעיל עולה שישראל נמצאת בתחתית הדירוג של מדינות ה-OECD בעניין אחוז התפוסה בבתי החולים.

---

31 Organization for Economic Cooperation and Development - ארגון לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי. בארגון חברות כ-30 מדינות, מרביתן מערביות, וישראל הצטרפה אליו בשנת 2010.

32 בבתי חולים ציבוריים כגון הדסה קיימות מיטות מעבר לתקן אך בית החולים מתקנן בגינן כוח אדם.

משרד הבריאות סבור שאחוז התפוסה השנתי הממוצע הסביר הוא 85. לקביעת אחוז תפוסה רצוי משמעויות תקציביות (ראו בהמשך).

יש לציין כי בתכנית האשפוז לשנים 1996-2000 קבע משרד הבריאות אחוז תפוסה ראוי של 85% ובהתאם לכך אמד את מספר המיטות הרצוי שיש להוסיף בשנים אלו - כ-2,800 מיטות. בדיונים עם משרד האוצר הגיעו לפשרה על שינוי אחוז התפוסה ל-95% ובעקבות כך נקבע שיוסיפו 1,200 מיטות בלבד (ראו להלן בפרק "מחלוקת בין משרדי הבריאות והאוצר בדבר הוספת מיטות").

מכל מקום, מן הנתונים עולה שב-2008 היה אחוז התפוסה של כלל המחלקות 96.2 - גבוה מהאחוז הרצוי שקבעו שני המשרדים. ב-2009 היה אחוז התפוסה של המיטות בתקן במחלקות הפנימיות אף גבוה יותר - 99.

משרד מבקר המדינה סבור כי מאחר שלקביעת אחוז תפוסה רצוי עשויות להיות משמעויות תקציביות[33] על משרד הבריאות ומשרד האוצר להגיע לידי הסכמה בנושא, ואם הם לא יגיעו להסכמה, יש להביא את הנושא להכרעת שרי הבריאות והאוצר או אף להכרעת הממשלה. לאחר שתגובש הסכמה לגבי אחוז התפוסה הרצוי שיהיה בין 85% ל-95%, יש לנקוט צעדים אפקטיביים כדי להגיע ליעד זה בהקדם (בעניין פתרונות למצוקת האשפוז ראו בהמשך). על המשרד לשקול לאשר חריגה מאחוזי התפוסה שסוכמו במקרים חריגים ובבתי חולים מסוימים, ולקבוע שעבור אשפוזים החורגים ממנה לא יקבלו בתי החולים תשלום מהקופות.

אחוז תפוסה גבוה במחלקות הפנימיות

הנתון של אחוז תפוסה ממוצע שמפיק המשרד מדיווחי בתי החולים עלול להטעות משום שבפועל המחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים עמוסות ביותר, ופעמים רבות נתוני התפוסה בהן גבוהים מנתוני התפוסה הממוצעים בכל המחלקות האחרות. מנתוני המשרד עולה שהממוצע השנתי הוא 98% ובימים מסוימים גדל אחוז התפוסה עד ל-150% ואף יותר והיה גבוה במידה ניכרת מהאחוזים הרצויים שקבעו הן משרד הבריאות והן משרד האוצר. כך, למשל, על פי נתונים שריכז המשרד מ-28 בתי חולים, במרבית החודשים בין נובמבר 2009 ליוני 2010 הייתה התפוסה היומית ברוב המחלקות הפנימיות של בתי חולים גבוהה מ-110%: ביוני 2010[34], למשל, הייתה התפוסה באיכילוב 112%, בנהריה 116%, בלניאדו 130%, בהדסה עין-כרם 140%, ובשערי צדק 143%. כמו כן במחלקות במרכז הרפואי ברזילי הייתה תפוסה גבוהה מ-171%: במקום אשפוז של 38 חולים ב-38 המיטות שבתקן אושפזו בהן 65 חולים[35]. משמעות הדברים היא, בין היתר, שהצוותים הרפואיים מטפלים בחולים רבים מהמתוכנן.

יש לציין כי הנתונים האמורים מחודש יוני 2010 מעידים כי בעיית התפוסה הגבוהה במחלקות הפנימיות כבר אינה אופיינית לחודשי החורף בלבד.

עומס במחלקה: נתוני התפוסה שמוסרים בתי החולים אינם משקפים את הפעילות היום-יומית המאומצת במחלקות - יש ימים שבהם רופאי מחלקה פנימית מקבלים לאשפוז 10-15

---

33 קביעת אחוז תפוסה רצוי מוסכם שהוא קטן מאחוז התפוסה הקיים עשויה לחייב תוספת של מיטות אשפוז על כל הכרוך בכך ובכלל זה הגדלת התקן של צוותים רפואיים וסיעודיים.

34 עד 20 בחודש.

35 על פי מכתב ששלחו מנהלי ארבע מחלקות פנימיות במרכז הרפואי ברזילי למנהל המרכז באפריל 2010.

חולים ומשחררים מאשפוז מספר דומה של חולים[36]. כלומר יש תחלופה יומית של 15 חולים מ-38 החולים שבתקן (כ-40%).

יש מדדים נוספים לקביעת העומס במחלקות האשפוז, כגון "מדד סבב המיטות" ו"מדד עומס האשפוז". "מדד סבב המיטות", למשל, מראה כמה חולים אושפזו באותה מיטה בשנה אחת, וגם בו נמצאת ישראל בתחתית הדירוג של מדינות ה-OECD.

בינואר 2011, לאחר סיום הביקורת, הודיע ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות, כי בכוונתו לפרסם חוזר מנכ"ל שמטרתו להביא להפחתה בחריגה באחוזי התפוסה היומית במחלקות הפנימיות העולים על 120% "ביחס לתקן ב-2011", והעולים על 115% החל מהרבעון הראשון של שנת 2012, וכי במהלך שנת 2012 ייבחנו הדרכים להפחתה באחוזי התפוסה ל-110%. בחוזר יפורטו הצעדים לצמצם חריגות מיעדים אלה.

מתקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966 (להלן - תקנות בריאות העם), אפשר ללמוד כי לבית חולים אסור לחרוג ממספר המיטות שנקבע בתעודת הרישום שלו, אלא אם כן מדובר בסטייה זמנית. על משרד הבריאות ובתי החולים להקפיד על כך.

על המשרד לפרסם בהקדם חוזר בדבר הצעדים שיש לנקוט כדי להפחית את אחוזי התפוסה.

חישוב ומדידה של אחוז תפוסה

הנתונים של אחוז תפוסה משמשים את המשרד לביטוי מצב האשפוז במחלקות האשפוז בבתי החולים, אך הם אינם משקפים פעילויות שונות, כדלקמן:

1. נמצא כי עקב מצוקת האשפוז במחלקות משהים כמה מבתי החולים חולים בחדרי המיון (שם התפוסה מחושבת בנפרד) במשך כמה ימים עד שמתפנה מקום במחלקה הפנימית[37]. מכאן שהמדידה במחלקה אינה מייצגת את העומס בפועל ואחוז התפוסה גבוה מן האחוז הנמדד במחלקה הפנימית (ראו גם בהמשך). ביולי 2010 כתב מנהל המרכז הרפואי הדסה הר הצופים למשרד מבקר המדינה שבמצב כזה "לחישוב התפוסה במחלקה עצמה אין משמעות של ממש".

2. חישובים חלופיים שעשה מרכז המחקר והמידע של הכנסת במאי 2010[38] לגבי אחוזי תפוסה בחודשים נובמבר 2009-מרס 2010, המבוססים רק על נתוניהם של בתי החולים שדיווחו למשרד על אחוז התפוסה אצלם, הראו שאחוז התפוסה היה גבוה ב-4%-8% מזה שפרסם המשרד. כך, למשל, על פי נתוני המשרד, ב-17.11.09 וב-11.1.10 היו אחוזי התפוסה במחלקות הפנימיות 102% ו-104% בהתאמה, ואילו על פי החישוב של מרכז המחקר והמידע של הכנסת אחוזי התפוסה בימים אלו היו 110% ו-112% בהתאמה, כלומר יש פער של עד 8% בין הנתונים.

מן האמור לעיל עולה כי אחוזי התפוסה בפועל גבוהים מהנתונים שמציג המשרד.

---

36 כך, למשל, ב-2.11.09 קיבלה מחלקה פנימית ב במרכז הרפואי הלל יפה בחדרה 16 חולים ושחררה 14.

37 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 60ב** (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441.

38 שלי לוי, **מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות** (מאי 2010), הכנסת, מרכז המחקר והמידע, עמ' 13.

המשך אשפוזם של חולים שהטיפול הרפואי בהם הסתיים

במחלקות הפנימיות שנבדקו נמצא שעד 15% מן החולים הם חולים שהטיפול הרפואי בהם הסתיים אך הם לא הועברו מן המחלקה הפנימית. לדוגמה, ב-11.4.10 היו במחלקה פנימית ג בשיבא, שבה 38 מיטות בתקן, 50 מאושפזים, מהם שבעה חולים שהטיפול בהם במחלקה הסתיים. המקומות שאליהם אמורים חולים אלו לעבור הם, בין השאר: מחלקה אחרת בבית החולים - מחלקת האם או מחלקה עמוסה פחות; מוסד סיעודי המטפל בחולים מורכבים (חולים סיעודיים הסובלים מבעיה רפואית נוספת) ומוסד שיקומי, שהאחריות לשהיית החולים במוסדות אלה חלה על קופות החולים; או ביתם בקהילה, שבו יהיו נתונים לפיקוח ולהשגחה של מרפאות הקופות בקהילה ו/או היחידות לטיפולי בית.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות, לקופות החולים ולמנהלי בתי החולים לעשות את הדרוש כדי למנוע תופעה זו או לפחות לצמצמה ובכך להקל את העומס במחלקות הפנימיות.

חריגה מתנאי תעודת הרישום (רישוי) של בתי החולים

על פי תקנות בריאות העם, כל בית חולים צריך לקבל תעודת רישום ממנכ"ל המשרד. בתעודת הרישום מפורטים המחלקות הפועלות בבית החולים ומספר המיטות שרשאי בית החולים להציב בכל מחלקה. לעניין מתן האישור מתחשב המשרד, בין היתר, בשיעור המיטות לנפש באוכלוסייה ובצורכי האוכלוסייה באזורי הארץ השונים. בתקנות האמורות נקבע כי "לא יווספו בבית החולים, דרך קבע, מיטות מעל למספר המיטות שנקבע בתעודת הרישום ולא ישונה ייעודן". כן נקבע כי "בקשה לשינוי... תוגש למנהל [המשרד]".

מתקנות בריאות העם אפשר ללמוד כי לבית החולים אסור לחרוג ממספר המיטות שנקבע בתעודת הרישום שלו, אלא אם כן מדובר בסטייה זמנית. נמצא כי המשרד לא הגדיר מהי סטייה זמנית. שינוי קבוע של מספר המיטות מחייב קבלת אישור ממנכ"ל המשרד. בפועל בתי החולים חורגים ממספר המיטות שנקבע בתעודות הרישום שלהם (כאמור אף ב-71%) בלי שמנכ"ל המשרד נתן את אישורו לכך, ובכמה מחלקות נוספו מיטות בכל מקום שבו הדבר התאפשר. חריגות אלו נמשכות תקופות ממושכות.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות ולמשרד האוצר כי מדובר בתופעה חמורה, ולמעשה תעודות הרישום של בתי החולים הפכו לנייר חסר משמעות. לפיכך יש לבחון אם יש צורך בעדכון הנתונים בתעודות הרישום של בתי החולים.

הועלה כי אחת לשנתיים מבצע המשרד בקרה בבתי החולים לצורך חידוש תעודות הרישום שלהם ובה נבדק, בין היתר, מספר המיטות במחלקה בפועל לעומת הרשום בתעודות הרישום. אם נמצא שיש בבית חולים מחלקות שהתפוסה השנתית בהן גבוהה למדי ומחלקות שהתפוסה השנתית בהן נמוכה, מציע המשרד לבית החולים להסב את המיטות בתעודת הרישום מן המחלקות שבהן אחוזי תפוסה שנתיים נמוכים למחלקות שבהן אחוזי תפוסה גבוהים. על פי נתוני המשרד, ב-2008 היו מחלקות אשפוז שאחוזי התפוסה בהן היו נמוכים. למשל, במחלקות עיניים, פה ולסת ואורולוגיה היו אחוזי התפוסה: 75, 72.5 ו-82.4 בהתאמה. מתשובת המשרד למשרד מבקר המדינה מאוגוסט

2010 עולה כי בשנים 2006-2010 הוסבו בבתי החולים הכלליים כ-390 מיטות, כ-90 מהן הוסבו למיטות פנימיות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לשקול הסבת מיטות גדולה יותר.

שיעור מיטות ל-1,000 נפש

מיטות האשפוז בישראל נחלקות לארבעה סוגים עיקריים: מיטות לאשפוז כללי, לאשפוז פסיכיאטרי, לאשפוז ממושך ומיטות שיקום.

1. סך כל מיטות האשפוז: שיעור סך כל סוגי המיטות בישראל הוא כ-5.6 ל-1,000 נפש[39]. לדעת משרד האוצר שיעור זה גבוה ביחס לרוב מדינות העולם המפותח.

2. מיטות לאשפוז כללי: על פי פרסומי משרד הבריאות שיעור המיטות לאשפוז כללי בארץ ב-2008 היה 1.95 ל-1,000 נפש. שיעור הקשישים בישראל נמוך משמעותית לעומת מדינות ה-OECD, ואולם משרד הבריאות אינו מתקנן בנתוניו את גיל האוכלוסייה. לבקשת משרד מבקר המדינה חישב משרד הבריאות את שיעור המיטות בישראל ובמדינות ה-OECD בהתחשב בשיעור הקשישים בארץ. לפי חישוב זה שיעור המיטות בישראל עולה ל-2.0. נתון זה ממקם את ישראל במקום ה-27 מבין 31 המדינות שנכללו בנתונים (ב-13 המדינות שבראש הרשימה היה השיעור בין 3.1 ל-5.6). ואולם יש לציין כי נתון דומה לישראל יש לנורבגיה (2.1), אנגליה ואיטליה (2.2) וקנדה (2.3).

מנגד, משרד האוצר טוען כי מדינות שונות כוללות סוגי מיטות שונים בדיווחים שלהן על מיטות לאשפוז כללי, וכי משרד הבריאות אינו כולל בנתוני המיטות לאשפוז כללי, בין השאר, חלק מהמיטות לאשפוז ממושך שהן בעצם מיטות כלליות, ואין הוא כולל בנתוניו את מספר המיטות הפנימיות שבתי החולים מפעילים למעשה מעבר לרשום בתעודת הרישום (כולל בחלק מהמקרים שבהם הנהלות בתי חולים ציבוריים מתקננות צוות רפואי מלא למיטות המופעלות מעבר לרשום בתעודת הרישום); המשרד גם אינו מתחשב בעובדה שבארצות מערביות יש לאורך השנים ירידה בשיעור מיטות האשפוז ביחס לאוכלוסייה והנטייה אצלן היא לא להוסיף מיטות אשפוז[40].

על משרדי הבריאות והאוצר להגיע להסכמה בדבר מדידת שיעור מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש ועליהם לבחון מחדש את התאמת הדיווחים להגדרות ארגון ה-OECD ולארגון הבריאות העולמי (WHO).

כמו כן, על משרדי הבריאות והאוצר לקבוע יעד רצוי למספר המיטות הכלליות ל-1,000 נפש בישראל. עליהם לבחור במשותף את המדינות המערביות שמדווחות לארגונים אלה בדומה לדיווח של ישראל ולבחון את מצבה של ישראל יחסית למדינות אלה.

---

39 **מיטות אשפוז ועמדות ברישוי**, משרד הבריאות, תחום מידע, ינואר 2010.

40 **השוואות בינלאומיות במערכת הבריאות: ארצות OECD וישראל, 1970-2005**, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, 2007.

לנוכח המחלוקת המהותית בין שני המשרדים עליהם להגיע להסכמה בנושאים אלה, ואם הם לא יגיעו להסכמה, יש להביא נושאים אלה להכרעת שרי הבריאות והאוצר או אף להכרעת הממשלה.

3. שיעור מזערי: על פי תקנות בריאות העם, השיעור הארצי המרבי של מיטות כלליות ל-1,000 נפש לא יהיה גבוה מ-2.4. התקנות אינן קובעות מהו השיעור המזערי של מיטות האשפוז. קביעת שיעור כזה ועמידה בו היו מונעות אולי את מצוקת האשפוז בשנים האחרונות או מפחיתות אותה. בביקורת עלה שהמשרד קבע שיעור מיטות מזערי לאוכלוסייה של 1,000 נפש בתכניותיו להוספת מיטות אשפוז (ראו בהמשך), אולם שיעור זה אינו מקובל על משרד האוצר.

לדעת משרד מבקר המדינה, לאחר שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יגיעו לידי הסכמה בדבר מדידת שיעור המיטות ל-1,000 נפש, עליהם לשקול אם יש צורך לגבש שיעור מזערי מוסכם של מיטות ל-1,000 נפש ואם יש צורך לעגן שיעור זה בתקנות בריאות העם.

נזקים הנגרמים מתנאי אשפוז שאינם הולמים

בבדיקה נמצא כי עקב אחוזי התפוסה הגבוהים מאושפזים החולים בתנאים קשים. להלן הפירוט:

אשפוז חולים בצפיפות ומחוץ לחדרי האשפוז

במחלקות פנימיות של בתי חולים כלליים רבים אושפזו חולים בתנאים קשים ולא הולמים. בביקורות מדגמיות שעשה משרד מבקר המדינה בבתי חולים ממשלתיים ובבתי חולים של הכללית (איכילוב, שיבא, רמב"ם, ברזילי, מאיר, קפלן והשרון) בשנת 2010 נמצא כי בחדרי אשפוז שיועדו לשני חולים אושפזו שלושה חולים ואף ארבעה וכי בחדרי אשפוז שיועדו לשלושה חולים אושפזו חמישה חולים; חולים אושפזו במסדרונות ובחדרי אוכל מחלקתיים שאין בהם התקנים המאפשרים להתחבר למכשירים חיוניים ולחמצן[41]; וגברים ונשים אושפזו באותו החדר ובמסדרונות סמוכים אלו לאלו בלי שנשמרה צנעת הפרט. ההערכה היא שכ-300 חולים מאושפזים בכל יום שלא במיטות האשפוז בתקן. נוסף על כך, חולים רבים המתינו, כאמור, שעות רבות, ואף כמה ימים, בחדרי המיון עד העברתם למחלקות הפנימיות, ויש חולים ששוחררו לביתם לאחר פרקי זמן אלה בלא שהועברו כלל למחלקה פנימית.

על פי הוראות המשרד, חולים הסובלים מזיהומים, בהם חולים הסובלים מחיידקים עמידים כגון קלבסיאלה (KPC), צריכים להיות בבידוד. על כן, אם בחדרם של חולים אלו יש מיטות נוספות אי-אפשר לאשפז בהן חולים אחרים והצפיפות במחלקה הפנימית גוברת - הן בחדרי האשפוז והן במסדרונות ובחדרי האוכל, שהם שטחים ציבוריים.

---

41 עם זאת בכמה מבתי החולים שולבו במסדרונות ובחדרי אוכל תשתיות אשפוז כהתקנים לחמצן ושקעי חשמל למכשירים רפואיים.

מנכ"ל המשרד, ד"ר רוני גמזו, מסר למשרד מבקר המדינה כי הסיטואציה במחלקות הפנימיות אינה מתאימה לשנת 2010 והחוסר במערכת פוגע פגיעה של ממש בחולים. לדבריו, מחקרים שנעשו בעולם מצאו שמתן רפואה בפרוזדורים של המחלקות פוגע באיכות הטיפול בחולים[42], הוא מפחד לעשות מחקר על השלכות הטיפול בפרוזדורים של המחלקות בישראל. מנכ"ל המשרד הוסיף כי "כל יום נפגעת איכות הטיפול בחולים, עד כדי איבוד חיים". המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי מפעולות של ועדות בדיקה במשרד[43] עולה שהעומס בבתי החולים וחוסר המשרות והמשאבים גרמו למותם של חולים.

ביולי 2010 כתב מנהל המרכז הרפואי הממשלתי רמב"ם למשרד מבקר המדינה כי "עומס אשפוזי כזה עם תקנון כוח אדם משנות השבעים לא מאפשרים לתת לאזרחי מדינת ישראל את הטיפול הרפואי וההשגחה הסיעודית הראויה" (ראו גם בהמשך). במועד זה כתב מנהל המרכז הרפואי הממשלתי ברזילי למשרד מבקר המדינה כי "ההתמודדות עם העומס במיון ובמחלקות הפנימיות הפכה לבעיה קבועה, מתמשכת ובמגמת החמרה!... חוסר שביעות הרצון של החולים ובני משפחותיהם מתבטא לא אחת בהתפרצויות אלימות[44]... יש פגיעה משמעותית בשירות, ובאיכות הטיפול, לעתים עד כדי סיכון חיי אדם".

להלן תמונות המדגימות את תנאי האשפוז הקשים בשנת 2010:

---

42 ראו גם: Larsen BI, Skretting P., Farstad T., "Hallway patient - consequences or the quality of care and patient ibtegrity", *Tdsskr Nor Laegeforen* (Sep. 2000) 120 (22), pp. 8-2636, Norway. בין היתר, נאמר במחקר שהימצאותם של חולים במסדרונות פוגעת באיכות הטיפול בחולה, מגדילה סיכונים לטעויות, לתאונות ולזיהומים ומצמצמת את הזמן שמייחד הרופא לכל חולה. הדבר פוגע בכל החולים ובעיקר בחולים במסדרונות.

43 ועדות שמוקמות לשם בדיקת תלונה של מטופל או נציגו או לשם בדיקת אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי.

44 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 60ב** (2010), בפרק "הטיפול באלימות כלפי עובדי ציבור", עמ' 42 ו-69.



מיטה במסדרון מחלקה פנימית באיכילוב ובה חולה המסתייעת בבלון חמצן



מיטות במסדרון מחלקה פנימית ברמב"ם. אחת החולות בשלבי שחרור



חדר אוכל במחלקה פנימית בברזילי, המלא במיטות אשפוז



ארבעה חולים בחדר שתוכנן לשלושה בברזילי

תנאי אשפוז אלו פוגעים בכבודם ובפרטיותם של החולים, וקיים חשש שבכמה מקרים אף בבריאותם.

אשפוזים חוזרים

1. **משך אשפוז ממוצע קצר**: טיפול רפואי בחולה כולל אבחון של מצבו הרפואי ואיזונו לאחר האירוע הבריאותי שעבר, ולכן בדרך כלל עליו לשהות בבית החולים כמה ימים.

הועלה כי עקב אחוזי התפוסה הגבוהים במחלקות הפנימיות בישראל והצורך לפנות מיטות למאושפזים חדשים האשפוז בישראל אורך ימים מעטים. לפי נתוני המשרד, משך האשפוז הממוצע במחלקות הפנימיות ב-2008 ובמחצית הראשונה של 2009 היה 4.1 ימים.

לפי נתוני המשרד המתוקננים לפי גיל בשנת 2008 היה משך האשפוז הממוצע בכלל מיטות האשפוז 4.48 ימים. נתון זה נמוך מנתוניהן של כל מדינות ה-OECD האחרות[45], שבשנת 2006 היה משך האשפוז הממוצע אצלן 6.7 ימים. כך, למשל, בגרמניה ובשווייץ היה משך האשפוז הממוצע 7.8 ימים, בבריטניה - 7.2 ימים, ובאיטליה - 6.7 ימים.

מכאן שלפי נתוני המשרד, גם בתחום זה ישראל נמצאת בתחתית הדירוג של מדינות ה-OECD.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות לבחון מה המשמעות וההשפעות של משך אשפוז ממוצע הקצר במידה ניכרת ממשך האשפוז הממוצע המקובל בעולם המערבי, ולגבש מדיניות ודרכי פעולה בנדון.

2. **סיבות לאשפוזים חוזרים**: (א) על פי נתוני המשרד מ-2008, כ-20% מן האשפוזים בכלל המחלקות ובמחלקות הפנימיות היו אשפוזים חוזרים שנעשו בתוך 30 יום ממועד השחרור מבית החולים. שיעור זה נשאר יציב מאז אמצע שנות התשעים של המאה העשרים.

לדברי רופאים במחלקות פנימיות, כאשר האשפוז החוזר נעשה בתוך 30 יום ממועד השחרור מבית החולים עולה חשש שזמן האשפוז הקצר לא אפשר לצוות הרפואי לטפל כראוי בבעיות הרפואיות שמהן סבל החולה. חיזוק לדברים אלה הוצג במחקר שנעשה במרכז הרפואי הממשלתי אסף הרופא[46] ובו נאמר, בין היתר, ש"ממצאי מחקרים מורים שניתן למנוע 9%-48% מהאשפוזים החוזרים, שנבעו [בין היתר מ]שחרור מוקדם טרם החלמה". גם בסיכום של מחקר שנעשה בבית חולים קפלן[47] נאמר כי לגבי 33% מן החולים שאושפזו אשפוזים חוזרים בתוך חודש ממועד האשפוז הקודם נמצאה "בעיה"[48] בטיפול באשפוז הראשון. יש לציין כי אשפוז חוזר מהווה נטל כלכלי על מערכת הבריאות[49].

---

45 חוץ ממקסיקו.

46 מיכל רסין ואח', "הגורמים המשפיעים על אשפוזים חוזרים במחלקות הפנימיות: השוואה בין תפיסות של חולים, בני משפחה וצוות מטפל", **האחות בישראל**, 180 (2009) עמ' 40-44.

47 Uri Balla, MD, Stephen Malnick, MD, and Ami Schattner, MD, "Early Readmission to the Department of Medicine as a Screening Tool for Monitoring Quality of Care Problems", *Medicine* 87 (2008), pp. 294-300. המחקר בחן 1,913 חולים ששוחררו לאחר אשפוז ראשון. 14% מהם אושפזו שנית.

48 כך, למשל, נאמר כי משך האשפוז הראשון שלהם היה קצר "באופן לא פרופורציונלי", ומחציתם שוחררו לאחר שני ימי אשפוז.

49 על פי מסמך "האסטרטגיה של הכללית לשנת 2007", המשמעות הכלכלית של אשפוזים חוזרים בכללית מוערכת בכ-250-300 מיליון ש"ח לשנה.

מן האמור לעיל עולה חשש שמשך האשפוז הקצר הוא אחת הסיבות לאשפוזים חוזרים שכן הוא אינו מאפשר לבתי החולים לטפל תמיד כראוי בבעיות הרפואיות שמהן סובל החולה.

גם לדעת הכללית כמה מן האשפוזים החוזרים נובעים מן הטיפול הרפואי שניתן באשפוז הקודם. לדברי הכללית, לעתים יש קשר שלילי בין שיעור האשפוזים החוזרים לזמן האשפוז הממוצע. לדברי מנכ"ל מכבי, פרופ' אהוד קוקיה, אפשר למנוע כמחצית מהאשפוזים החוזרים.

(ב) אחת הסיבות לאשפוזים חוזרים היא היעדר קשר בין מערכות המידע של קופות החולים לבתי החולים. הפעלת מערכת של "תיק אחוד - אשפוז וקהילה" תאפשר לרופא בית החולים לקרוא את מה שרשמו רופאי הקהילה בתיק החולה במשך שנים ולהפך. הכללית מפעילה מערכת כזאת, אך ככל הידוע היא עושה זאת בבתי החולים שלה בלבד.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות להפעיל מערכת כזאת גם בבתי החולים שלו כדי להקטין את מספר האשפוזים החוזרים ולקצר את שהייתו של החולה בבית חולים[50].

(ג) יצוין כי כבר בשנים 1994-1996 בחן המשרד את נושא האשפוזים החוזרים של חולים במחלקות פנימיות[51]. במחקר שפורסם נכתב, בין היתר, כי החזרה לאשפוז במחלקות פנימיות היא תופעה בולטת בישראל. עורכי המחקר המליצו להמשיך ולהעמיק בסוגיה כדי לצמצם את היקף התופעה ככל האפשר. עד מועד סיום הביקורת לא ערך המשרד מחקר נוסף בנושא.

לדעת משרד מבקר המדינה, מאחר שבמשך שנים רבות שיעור האשפוזים החוזרים גבוה, והדבר נובע, בין היתר, מאשפוז קצר המונע טיפול ראוי בחולה, היה על המשרד לעשות בדיקה מערכתית כדי לברר מהן הסיבות לאשפוזים אלה. תוצאותיה של בדיקה כזאת יכולות להביא לידי שיפור הטיפול הרפואי והמעטת אשפוזים חוזרים, וכך למנוע סבל מחולים ופגיעה בבריאותם ואף לגרום לחיסכון כספי.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2010 כי עבודות שנעשו בישראל בעניין האשפוזים החוזרים הראו כי שיעור האשפוזים החוזרים בישראל דומה לשיעורם במקומות הטובים בעולם[52]. עם זאת הוא ציין כי הוא מודע לסוגיה זו והוסיף כי יבחן את האשפוזים החוזרים מן ההיבט של איכות הטיפול ויקבע דרכים לצמצם את תופעת "הדלת המסתובבת".

---

50 בעניין זה ראו גם בדוח זה בפרק "טיפול מרובה תרופות לקשישים", עמ' 137.

51 ציונה חקלאי, חוה קליין, שולמית גורדון (משרד הבריאות), נאוה ילין (הכללית), **המחלקות הפנימיות בישראל, אשפוזים חוזרים ומאפייני אשפוז 1994-1996** (1998).

52 המשרד לא מסר למשרד מבקר המדינה מסמכים התומכים בתשובתו.

טיפול לא מיטבי בחולים מונשמים במחלקות פנימיות

גידול במספר המונשמים: הועלה כי בשנים האחרונות הולך וגדל מספר החולים המונשמים[53] המאושפזים בבתי החולים, ולעתים מאושפזים בהם אף 800 חולים מונשמים. המצב הרפואי של כמה מהם מצריך אשפוז במחלקות לטיפול נמרץ, אך בגלל המחסור במיטות לטיפול נמרץ הם מאושפזים במחלקות אחרות ובעיקר במחלקות פנימיות. להערכת המשרד, בשנת 2010 היו חסרות מאות מיטות לטיפול נמרץ. נמצא כי בינואר 2010 היו במחלקות לטיפול נמרץ כללי 281 מיטות וכן 19 מיטות לטיפול נמרץ נשימתי[54]. המשרד הגדיר 42 מיטות במחלקות הפנימיות בכל הארץ כמיטות "טיפול מוגבר" לצורך טיפול בחולים הזקוקים לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ, אולם הוא לא הקצה לכך כוח אדם נוסף.

השגחה מיוחדת על חולה מונשם: כבר בשנת 1997 פרסם המשרד חוזר שעסק במחסור במיטות במחלקות לטיפול נמרץ[55]. על פי החוזר, על כל בתי החולים הכלליים להקצות אחיות להשגחה על חולים מונשמים על פי שיקולי הנהלת בית החולים ומצבם של החולים. עוד נקבע בחוזר כי אם אין אפשרות להקצות כוח אדם סיעודי להשגחה על החולה המונשם, אפשר להסתפק בניטור אלקטרוני, ובלבד שאחות נמצאת ב"הישג יד מיידי" ושהאחות במחלקה מיומנת בקבלת התראות מכשירי הניטור ומבינה את משמעותן.

הועלה כי החוזר לא קבע תקן מיוחד של כוח אדם - הן של אחיות והן של עובדים אחרים כטכנאי הנשמה ופיזיותרפיסטים - עבור החולים המונשמים המאושפזים במחלקות הפנימיות, ובתי החולים מטפלים בהם באמצעות כוח האדם העומד לרשותם. מאחר שתקן האחיות במחלקות לטיפול נמרץ גבוה מתקן האחיות במחלקות הפנימיות[56], החולים המונשמים שצריכים להתאשפז במחלקות לטיפול נמרץ ומאושפזים במחלקות הפנימיות אינם זוכים לטיפול שהיו אמורים לקבל במחלקות לטיפול נמרץ. נוסף על כך, הטיפול בחולים מונשמים במחלקות הפנימיות יוצר עומס עבודה לצוותים הרפואיים, ועולה חשש שייפגע גם הטיפול הרפואי הניתן לשאר המאושפזים במחלקות אלה.

עקב מספרם הרב של החולים המונשמים, בכמה בתי חולים, בהם רמב"ם, הם אושפזו בחדרי אשפוז רגילים. מנהלי מחלקות פנימיות מסרו למשרד מבקר המדינה כי יש חשש שטיפול בחולה מונשם שאינו נמצא במחלקה המיועדת לו יימצא רשלני משום שאינו נעשה לפי הסטנדרטים המקובלים.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות ולמשרד האוצר שעליהם לפעול לשינוי מצב זה, שבו חולים מונשמים אינם מקבלים את הטיפול המיטבי.

תקינת אחיות חדשה לחולים מונשמים: בעקבות עיצומים שנקטו האחים והאחיות במחלקות הפנימיות בבתי החולים בינואר 2011, לאחר סיום הביקורת, התחייב משרד

---

53 חולים שאינם מסוגלים לנשום בכוחות עצמם ויש לסייע להם לנשום בעזרת מכשירים מתאימים.

54 ללא מיטות טיפול נמרץ ביניים. המקור: נתוני המשרד, **מיטות אשפוז ועמדות ברישוי**, ינואר 2010.

55 חוזר מינהל רפואה 2/97.

56 הסכם קיבוצי מיוחד שנחתם בין הממשלה, הכללית והסתדרות מדיצינית הדסה ובין הסתדרות האחים והאחיות באפריל 1997 קובע, בין היתר, לגבי מחלקות חדשות שנוספו מאותה עת כי לכל אחת משבע המיטות הראשונות במחלקת טיפול נמרץ יש להקצות 3.5 משרות של אחיות, ובמחלקות הפנימיות, לעומת זאת, יש להקצות רק 0.85 משרת אחות לכל מיטה. בכל מקום שכתוב בו אחיות הכוונה גם לאחים.

האוצר לעדכן את תקינת כוח האדם הסיעודי המטפל בחולים המונשמים במחלקות הפנימיות בבתי החולים הממשלתיים, של הכללית ובהדסה באמצעות תוספת של כ-190 תקני אחיות.

משרד מבקר המדינה מעיר שנוכח תנאי האשפוז הקשים במחלקות הפנימיות יש ליישם בהקדם את ההסכם האמור.

אשפוז במחלקות שאינן מתאימות

בכל מחלקה יש צוות רפואי וסיעודי שצבר ניסיון בטיפול בסוגי הבעיות המטופלות במחלקה, ולכן כל חולה צריך להתאשפז במחלקה המתאימה לאופי מחלתו ולסוג הבעיה הרפואית שממנה הוא סובל.

הבדיקה העלתה שכמה מהחולים המאושפזים במחלקות הפנימיות שייכים לפי אופי מחלתם למחלקות אחרות, כגון מחלקות לב, טיפול נמרץ, אונקולוגיה, אורולוגיה ואורתופדיה, וכן להפך: חולים שלפי אופי מחלתם צריכים להתאשפז במחלקות פנימיות מאושפזים במחלקות אחרות (מחלקות לוויין). על כן נאלצים רופאי המחלקות שאליהן שייכים החולים לעבור בין המחלקות כדי לטפל בחולים. לדברי מנכ"ל משרד הבריאות, במצב זה נפגעת איכות הטיפול עקב הכשרה מוגבלת של הצוותים ואי-זמינות הרופאים בביקורים. לדברי מנהל אחת המחלקות הפנימיות, במצבים כאלה נוצרים גם סכסוכים מיותרים עם המשפחות.

לדעת משרד מבקר המדינה, עולה חשש שטיפול רפואי במחלקות לא מתאימות יימצא רשלני.

סגירת חדרי מיון עקב תפוסה גבוהה

בחדר המיון נעשה לפונים בירור רפואי ראשוני. 30%-50% מהפונים לחדרי המיון מתאשפזים במחלקות אשפוז שונות, בהן מחלקות פנימיות, מחלקות טיפול נמרץ, מחלקות פגיות ומחלקות יולדות, שהתפוסה בהן גבוהה. לעתים כשאחוזי התפוסה בבתי החולים גבוהים ביותר מודיע המשרד למגן דוד אדום (להלן - מד"א) על מחלקות בתי חולים שיש בהן עומס מיוחד ומורה לו שלא להפנות לבתי חולים אלה חולים, אלא אם כן קיימת סכנת חיים. לפיכך מד"א מפנה את החולים לבתי חולים אחרים, מקצתם מרוחקים ממקום מגורי החולים.

הבדיקה העלתה כי על פי רישומי המשרד מאוגוסט 2008 ועד ספטמבר 2010, עשרות פעמים נסגרו חדרי מיון בבתי חולים ברחבי הארץ, כגון שיבא, רמב"ם, העמק וברזילי, והחולים הופנו לבתי חולים אחרים, מקצתם מרוחקים.

סגירת חדרי מיון היא צעד קיצוני, לעתים בלתי נמנע, שעלול לפגוע קשות באוכלוסייה הנזקקת לאשפוז משום שיש חשש שעקב ההעברה לבית חולים מרוחק יחמיר מצבו הרפואי של החולה.

✶

מן הבדיקה עולה מצוקת אשפוז קשה בבתי החולים: חולים מאושפזים בצפיפות בחדרים, במסדרונות ובחדרי אוכל, והדבר מגביר את סכנת ההידבקות שלהם בין השאר גם בחיידקים עמידים ופוגע בכבודם ובצנעת הפרט; עקב מצוקת האשפוז חולים רבים מאושפזים במשך זמן קצר מדי, ויש חשש שהם אינם מקבלים טיפול רפואי ראוי ולכן חלקם מאושפזים שוב; חולים מונשמים הזקוקים לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ מאושפזים במחלקות פנימיות, ולכן הטיפול בהם עלול להימצא רשלני; חדרי מיון נסגרים לעתים תכופות, והפניית החולים לבתי חולים מרוחקים עלולה להחמיר את מצבם; חולים האמורים להתאשפז במחלקות פנימיות מאושפזים במחלקות אחרות, כמה מהן מרוחקות מהמחלקות הפנימיות, ולכן נאלצים רופאי המחלקות הפנימיות, העמוסים בעבודה, לעבור בין המחלקות. נוסף על כך, חולים האמורים להתאשפז במחלקות אחרות מאושפזים במחלקות פנימיות, והדבר מגביר מאוד את עומס העבודה במחלקות הפנימיות.

מצוקת האשפוז המפורטת לעיל פוגעת מאוד בטיפול הרפואי הניתן לחולים, ויש שמסרבים להתאשפז בתנאים אלה בשל החשש מסיכון בריאותם. נוסף על כך, במצב זה לעתים בני משפחתם של החולים מגיבים באלימות כלפי הסגל הרפואי.

במשך שנים לא דנו משרדי הבריאות והאוצר בפתרונות לשיפור המצב, ועליהם לפעול לאלתר לשינוי המצב המתואר לעיל.

כוח אדם רפואי וסיעודי במחלקות פנימיות

בישראל יש 3.4 רופאים ל-1,000 נפש לעומת 3.1 רופאים ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD, ולדעת המשרד שיעור זה סביר[57]. עם זאת בשנת 2008 ציין המשרד שיש "חשש להתפתחות של מצוקה" במקצוע הרפואה הפנימית. אשר לאחיות - אין די אחיות בישראל. תקנון כוח האדם הרפואי והסיעודי מבוסס על מספר המיטות שבתעודת הרישום. יש לציין שבתקינת הרופאים כלל לא מובאים בחשבון שינויים של תפוסת מיטות בפועל, ואילו בתקינת האחיות מובאים בחשבון שינויים אלו בדיעבד (ראו להלן).

רופאים במחלקות הפנימיות

תקינה לא מעודכנת

1. תקינת הרופאים מיושנת. היא נקבעה בשנת 1976, ומאז עודכנה כמה פעמים. כבר בדוח קודם של מבקר המדינה[58] נקבע ש"שיטת התקינה אינה מתאימה עוד לצורכי מערכת הבריאות". על פי

---

57 **דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל - יוני 2010**, עמ' 21 (ראו גם בהמשך). בדוח נאמר כי מסתמנת מגמת ירידה רב-שנתית בשיעור הרופאים ל-1,000 נפש למרות הזדקנות האוכלוסייה וצרכים עתידיים. על כן המליצה הוועדה לפעול בהקדם להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל בכל שנה משנת 2012 ולהגדלתו לכ-800 בשנה משנת 2014, בכפוף לבחינה מחודשת של שיעור הרופאים בישראל, כדי ששיעור הרופאים בישראל בשנת 2025 לא יפחת מ-2.9 רופאים ל-1,000 נפש.

58 **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355.

התקינה, במחלקה שבה 38 מיטות, למשל, צריכים לעבוד 11 רופאים, דהיינו רופא אחד לכל 3.45 חולים בממוצע[59] (להלן - התקן).

לעתים מספר הרופאים במחלקה קטן מן המספר הקבוע בהסכמי התקינה. כך, למשל, בשבע מחלקות פנימיות שנבדקו בביקורת נמצא כי יש פער בין מספר החולים שבהם מטפל כל רופא בממוצע בבתי החולים השונים וכי לעתים מטפל רופא בחולים רבים מן הקבוע בתקן, לעתים עד יותר מ-88% (במחלקה פנימית ד בברזילי טיפל רופא אחד ב-6.5 חולים בממוצע לעומת 3.45 על פי התקן). מכאן שמספר הרופאים בפועל קטן מהתקן, ולכן גובר העומס על הרופאים, והם כורעים תחת הנטל.

בדוח הקודם נאמר, בין היתר, כי "היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי המועסק בבתי החולים נקבע על פי מפתחות תקינה שנקבעו עוד בשנות השבעים של המאה העשרים. מפתחות התקינה עודכנו כמה פעמים בשנים שבאו לאחר מכן... שינויים טכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית והתפתחות של מקצועות ותת-מקצועות בתחום הרפואה והסיעוד, כל אלה מגדילים את הצורך בכוח אדם לתפעול המערכת ומשפיעים על אופן הקצאתו המיטבי, ולכן מחייבים תקינה עדכנית. לכך שמנגנון התקינה לא שונה במשך עשרות שנים ולא הותאם להתפתחויות שחלו ברפואה ובטכנולוגיה יש השפעה רבה על המצוקה בכוח אדם, בעיקר במקצועות מסוימים".

2. בשנת 2007 יזמה ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) בדיקה של "מודל התקינה" הרצוי במחלקות האשפוז השונות באמצעות שתי חברות פרטיות. בין היתר, נבחנה הפעילות של הרופאים במחלקה פנימית במרכז הרפואי הממשלתי וולפסון בחולון, שעל פי תעודת הרישום שלו אישר המשרד להציב בה 38 מיטות. בעת הבדיקה שנעשתה אז היה תקן ל-11 רופאים במחלקה, ואילו בפועל הועסקו בה 16 רופאים. "מודל התקינה" התבסס, בין היתר, על נתוני תפוסת המיטות הממוצעת שנמדדה במחלקה בשנים 2005-2006 - כ-118%.

בסיכום "מודל התקינה" נכתב שעל פי הפרמטרים שנבחנו לגבי פעילות המחלקה, כגון פעולות הרופאים ותפוסה, למחלקה פנימית שבה 38 מיטות יש להקצות 17 משרות מלאות של רופאים, מספר הגדול ביותר מ-50% מתקן המחלקה שנבדקה.

מר יוסי קינר, סגן נציב שירות המדינה, מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי לדעתו תקינת הרופאים הקיימת היא "אנכרוניסטית בהגדרה, תקינה אסור לה להיות אנכרוניסטית... וכבר 11 שנים שלא עובדים לפי תקינה זו".

משרד הבריאות מעריך שחסרות מאות משרות רופא בכלל המקצועות במערכת האשפוז, ולדבריו "נושא תקינת הרופאים ואי הוספת תקנים הינם אבני ריחים התלויים על צוואר הרפואה הציבורית".

תחום הרפואה הוא תחום דינמי, ובטכנולוגיות הטיפול הרפואי חלים שינויים תכופים. לדברי משרד האוצר, לאור הדינמיות הרבה יש לתת למנהלי בתי החולים גמישות לשבץ כוח אדם ללא כבילת "שיקול דעתם לנוסחאות תקינה".

---

59 תקן זה כולל חופשות, חופשות לידה, מילואים, השתלמויות ויום חופשה לאחר תורנות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות, משרד האוצר ונש"מ לתת את הדעת על הבעיות שהועלו בנושא תקינת הרופאים בבתי החולים ובכלל זה לקבוע שיטת תקינה חדשה לרופאים במחלקות האשפוז בכלל ובמחלקות הפנימיות בפרט. ראוי להתאים את שיטת התקינה החדשה שתיקבע לחידושים ולהתפתחויות הטכנולוגיות במאה העשרים ואחת. נוסף על כך, נוכח המצוקה הקשה, יש לבחון גם פתרונות מידיים לתקינה, למשל לבדוק אם ניתן לשלב במנגנונים הקיימים "גמישות" בניהול כוח אדם.

עומס עבודה

1. עומס העבודה המוטל על הרופאים: עומס העבודה המוטל על רופאי המחלקות הפנימיות התגבר במרוצת השנים: במשך ימים רבים מבצעים הרופאים קבלות רבות של חולים ושחרורים רבים - עד 40 קבלות למחלקה ושחרורים ממנה ביום עבודה אחד; תמהיל החולים השתנה, וכיום מרביתם כאמור קשישים שסובלים מבעיות רפואיות רבות. מלבד זאת, על הרופאים הבכירים מוטל להקנות למתמחים את רזי המקצוע, נוסף על הטיפול בחולים. כמו כן, עקב עומס העבודה הרב במחלקות הפנימיות והיעדר תנאים מתאימים יש חשש שרופאים אינם קשובים תמיד לכל צורכי החולה, עושים "קיצורי דרך", משחררים חולים מוקדם מדי ומקבלים החלטות שגויות.

2. **תנאי עבודת המתמחים ועומס העבודה עליהם**: רופא מתמחה במחלקה פנימית עושה תורנות מ-8.00 עד 10.00 למחרת ברציפות, כ-26 שעות בסך הכול, ולאחר התורנות הוא עוזב את המחלקה[60] וחוזר לעבוד רק למחרת אחרי כ-24 שעות. לעתים בזמן ההיעדרות החולה משתחרר או עובר למחלקה אחרת, והרופא המתמחה אינו יודע אם האבחון שלו והטיפול שקבע אכן היו נכונים. נוסף על כך, יש חשש שעבודה רצופה של 26 שעות פוגעת ביכולת השיפוט המקצועי של הרופא המתמחה וכן עולה חשש שתכיפות התורנויות ועומס העבודה אינם מאפשרים לרופאים המתמחים להתעדכן בחומר מקצועי כראוי. גם הזמן המיוחד לבירורים עם החולים מועט. לדברי מתמחה ברפואה פנימית בבית החולים בנהריה, "לנו הרופאים אין זמן לשבת עם החולים, להקשיב להם ולבעיותיהם ולהיות קשובים לפן האישי והרגשי שלהם[61]".

מן האמור לעיל עולה חשש שאיכות ההתמחות ואיכות הטיפול הניתן לחולים ייפגעו.

עקב עומס העבודה, המחייב מתמחים לעשות תורנויות רבות, לעתים יותר מעשר בחודש, מתמחים אינם מעוניינים לעבוד במחלקות הפנימיות, ויש בתי חולים שבהם כמעט לא נקלטים מתמחים במחלקות אלו. גם הסתייעות ברופאי חוץ[62] כמעט אינה ממומשת מפני שהם אינם מעוניינים לעשות תורנויות במחלקות הפנימיות בתנאים אלו. לפיכך לעתים נמצאים במחלקה רק שניים או שלושה רופאים, המבצעים קבלות ושחרורים ומטפלים בכל החולים, שמספרם הכולל מגיע לפרקים ל-65. לדברי ד"ר דרור דיקר, יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה פנימית בהר"י ומנהל מחלקה פנימית בבית החולים השרון של הכללית, רופא מתמחה נמצא במחלקה הפנימית "נטו" כעשרים חודשים מארבע שנות התמחותו עקב הצורך להשתלם גם במחלקות אחרות. נוסף על כך, לדבריו, רופאה הרה אינה עושה תורנויות מהחודש החמישי להריונה, ולאחר הלידה היא נעדרת מהעבודה עקב חופשת לידה.

---

60 לעתים תורנים שעבדו שלוש משמרות רצופות נשארים במחלקה עוד כמה שעות.

61 עדי להב, "המתמחה", זמן הרפואה (יוני-יולי 2010), עמ' 44.

62 רופאים שאינם משתייכים לסגל בית החולים אך מגויסים לצורך ביצוע תורנויות.

יש לעודד מתמחים לעסוק ברפואה פנימית. הרופאים המתמחים הם אלה שישמשו בעתיד רופאים בכירים במחלקות הפנימיות.

מצוקת כוח האדם בפריפריה

הועלה כי מצוקת כוח האדם גדולה יותר בפריפריה. כך, למשל, המרכז הרפואי סורוקה, המשרת את כל תושבי הדרום עד אילת, מסר למשרד מבקר המדינה כי בתחילת 2009 הועסקו בו רק 43 מתמחים במקום 55, הנדרשים על פי התקן. גם המרכז הרפואי נהריה, המשרת את תושבי הגליל, מסר למשרד מבקר המדינה כי חסרים רופאים פנימאים והתקנים אינם מספיקים.

1. **עידוד מעבר לפריפריה:** בסוף שנת 2009 אישר הממונה על השכר והסכמי העבודה במשרד האוצר, לבקשת הכללית, תכנית לעידוד מעבר רופאים לפריפריה. על פי תכנית זו, יינתנו לשמונה רופאים במחוז הצפון ולשמונה רופאים בבית החולים סורוקה מענקים כספיים: מענק שנתי עד 79,000 ש"ח, החזר שכר דירה חודשי עד 3,000 ש"ח והחזר הוצאות בכנסים שנתיים עד 10,000 ש"ח בשנה. נקבע כי המענקים יינתנו לתקופה של עד שלוש שנים.

לדעת משרד הבריאות יש להגדיל את תקני הרופאים בפריפריה, ולכן גם הוא הכין תכנית לעידוד מעבר רופאים לפריפריה. לדברי מנכ"ל המשרד, המשרד בוחן אפשרות של "שנת שירות" בפריפריה למי שמבקש להתמחות במקצועות מבוקשים במרכז הארץ.

הממונה על השכר והסכמי העבודה במשרד האוצר מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2010 כי "קיימת הבנה שתכנית דומה תוצע במקומות בפריפריה שייקבע שהדבר נחוץ, עפ"י אישור ספציפי".

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות ומשרד האוצר ליישם בהקדם את התכנית לעידוד מעבר רופאים לבתי החולים הכלליים הממשלתיים בפריפריה, כפי שנעשתה בבתי החולים של הכללית.

2. **אי-שוויון בין הפריפריה למרכז הארץ בכל הנוגע לתגבור הרופאים באמצעות תאגידי הבריאות:** בכמה מבתי החולים מתגברים את הצוותים הרפואיים במחלקות האשפוז העמוסות בעזרת רופאים שמועסקים בבתי החולים שלא על פי התקנים הרגילים אלא באמצעות מקורות מימון שונים, בעיקר מתאגידי בריאות[63]. כך, למשל, מנהל מחלקה פנימית מסר לנציגי משרד מבקר המדינה שכדי להשיג רופאים נוספים הוא "נותן רופא מומחה לשלוש שעות ביום ומקבל תקן למספר רופאים באמצעות קרן המחקרים". יש לציין כי מרבית הרופאים המועסקים בתאגידי בריאות אינם מתגברים את המחלקות הפנימיות אלא עוסקים בניתוחים, והם מתוגמלים לפי מספר הניתוחים שהם עושים[64].

---

63 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

64 בעניין שיטות תגמול בתי חולים ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 60ב** (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 497 ואילך.

נמצא כי לבתי חולים רבים, בעיקר בפריפריה, אין הכנסות גבוהות מתאגידי הבריאות, והם אינם יכולים להשתמש בכלי זה לצורך העסקת רופאים נוספים הנדרשים לטיפול בחולים במחלקות האשפוז.

נוכח האי-שוויון בין הפריפריה למרכז הארץ, על משרדי הבריאות והאוצר לבחון מהי הדרך הראויה למניעתו או לפחות לצמצומו.

מצוקה בתחום הרפואה הפנימית וחשש ממחסור ברופאים פנימאים

הרפואה הפנימית היא ציר מרכזי במערכת הרפואית בישראל. בשנת 2009 היו בישראל כ-90 מחלקות פנימיות. במחלקות אלו נעשו כ-364,000 אשפוזים, שבמהלכם קיבלו המומחים המקצועיים אלפי החלטות ועשו פעולות רבות לאבחון ולטיפול. שנים רבות נחשבה המחלקה הפנימית ל"מחלקת-על" שיש לה מומחיות מיוחדת, והרפואה הפנימית הוגדרה "מלכת הרפואה"[65]. לדברי אנשי מקצוע, עד לפני כשלושה עשורים "היה ברור לכל בוגר מצטיין בפקולטה לרפואה שאינו מתעניין במקצועות הכירורגיים, שעליו לבחור במקום הראשון בהתמחות ברפואה פנימית"[66], והמתמחים במחלקות הפנימיות היו למומחי-על ואיישו את המכונים המקצועיים.

במרוצת השנים התעמעם מאוד זוהרה של הרפואה הפנימית. אמנם היא המשיכה להיות גורם מאשפז מרכזי, אך מתמחים לא רצו לעבוד בתחום זה. במאמר שפורסם בשנת 2009 וסקר את הנעשה במחלקות הפנימיות[67] נאמר, בין היתר, כי: בכל מחלקה פנימית חסרים לפחות שני מתמחים בממוצע בפעילות היום-יומית; התפתח תהליך של התמקצעות שהביא לידי יצירת "תת-התמחויות"[68], והדבר עלול להרתיע רופאים צעירים מלעסוק ברפואה הפנימית; תהליך ההתמקצעות יצר למקצוע הרפואה הפנימית דימוי של מקצוע מיושן המשמש רק עמדת זינוק לעבר "התמחות-על", והוא מאיים לרוקן את המחלקות הפנימיות ממתמחים מוכשרים בעלי שאיפות התקדמות.

לפי נתוני הר"י, מספר הרופאים שהחלו התמחות ברפואה פנימית ב-2010 קטן בכ-30% ממספר הרופאים שהחלו התמחות זו בשנת 2000; כמה מן הרופאים מפסיקים את ההתמחות לפני השלמתה; מבין המסיימים התמחות ברפואה פנימית יש הבוחרים להמשיך ולהתמחות ב"התמחות-על", כגון קרדיולוגיה וטיפול נמרץ, ולעסוק בה, ולכן הם אינם עובדים כלל במחלקות הפנימיות; יש רופאים פנימאים שעוזבים את המערכת הרפואית.

בעשור האחרון חזו גורמים שונים שמקצוע הרפואה הפנימית יהיה במצוקה, בהם הוועדה "לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה" (להלן - ועדת אמוראי), שמונתה בשנת 2000 בידי מר אהוד ברק, ראש הממשלה דאז, וכן ועדה פנימית שמונתה במרס 2009 בידי פרופ' אבי ישראלי, מנכ"ל המשרד דאז.

ועדת אמוראי פרסמה את מסקנותיה עוד בשנת 2002 והמליצה, בין היתר, לבטל בהדרגה את הסכמי התקינה המושתתים על מספר המיטות. הוועדה הפנימית שמונתה במרס 2009 בידי מנכ"ל המשרד

---

65 ראו למשל: יהודה שינפלד, יחזקאל סידי ודוד עזרא, "המחלקה לרפואה פנימית - מלכת הרפואה: השבת עטרה ליושנה", **הרפואה**, 140 (2001), עמ' 836; אריה דיין, "רפואה פנימית, להציל את המלכה", **זמן הרפואה** (אפריל-מאי 2009), עמ' 10.

66 יהודה שינפלד, יחזקאל סידי ודוד עזרא, **שם**, עמ' 836.

67 אריה דיין, ראו הערה 65.

68 ענפי רפואה המתמחים באיבר יחיד בגוף, במחלה יחידה או בתופעה יחידה.

דאז הגישה ביוני 2010 את "דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל - יוני 2010" (להלן - דוח הוועדה לכוח אדם 2010).

יצוין שהחסר ברופאים פנימאים והקושי לשבץ מתמחים בתורנויות גרמו לסגירת שתי מחלקות פנימיות בשני בתי חולים בפריפריה (סורוקה ונהריה) בשנת 2010. אמנם בפועל מספר המיטות לא צומצם והן הועברו עם הצוותים הרפואיים לשאר המחלקות הפנימיות, אולם הצוותים של המחלקות שאליהן הועברו המיטות מן המחלקות שנסגרו נאלצו לטפל ביותר חולים[69].

מן האמור לעיל עולה שחלפו שנים רבות מאז עלה החשש שתתפתח מצוקה בתחום הרפואה הפנימית, ואף על פי כן המצוקה בתחום זה הלכה והחמירה.

המשרד מסר למשרד מבקר המדינה כי המחסור ברופאים - ובכלל זה המחסור ברופאים פנימאים - עלה בדיוניהן של ועדות רבות, בהן ועדת העבודה, הרווחה, והבריאות של הכנסת. לדבריו, רק בפברואר 2008 נענו משרד האוצר והמועצה להשכלה גבוהה לבקשות המשרד להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה. המשרד הסביר כי נושא כוח האדם הרפואי היה נתון בבוררות בשנים 2007-2008, ואף שמדיניות משרדי הממשלה שעסקו בבוררות (משרדי האוצר, המשפטים וראש הממשלה) הייתה שלא לעסוק בנושא, המשרד עסק בו באופן עקבי ובהתמדה, העמיד אותו בראש סדר העדיפויות שלו והעלה אותו שוב ושוב בישיבות ממשלה, בישיבות ועדות הכנסת ובדיונים בין משרד הבריאות למשרד האוצר.

משרד האוצר מסר בתשובתו כי יש מחסור ברופאים מומחים בתחומים שאינם מבוקשים, ולכן ראשית כל יש להגדיל את מספר המתמחים במקצועות במצוקה. לדעת משרד האוצר, הוספת תקנים לבתי חולים לא תקל את גיוס המתמחים למקצועות מסוימים, ובכללם לרפואה הפנימית, ועל משרד הבריאות "לקחת לידיו" את הסמכויות הנדרשות לצורך תכנון כוח האדם הרפואי (ניהול ההתמחויות) בהתאם לצרכים הלאומיים.

לדברי פרופ' חיים ביטרמן, הרופא הראשי של הכללית ולשעבר יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה פנימית בהר"י, "זריקת עידוד של תקינה (גם ללא תוספת מיטות) התחוללה בעבר ('תקני ברבש') וחייבת לקרות שוב[70]. השפעתה תהיה מיידית שכן מיד עם הורדת מספר התורנויות, יגדל מספר המתמחים בשעות הבוקר, תשתקם המשיכה למקצוע, ירד העומס על הרופאים הבכירים... זו הדרך המהירה ביותר לשבור כמה מעגלי קסמים מהסוג המתואר לעיל. אם אכן תתחולל תוספת תקינה צריך יהיה לבצר מנגנונים שימנעו ממנהלי מוסדות רפואיים להפנותה למחלקות אחרות. הדבר קרה במספר בתי חולים".

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו לפעול בהקדם לעדכון מנגנוני התקינה של הרופאים בכלל ובתחום הרפואה הפנימית בפרט. כמו כן יש לגבש דרכים שיעודדו מתמחים לעסוק ברפואה פנימית. ואולם עד עדכון התקינה, ממליץ משרד מבקר המדינה להקל מיד את מצוקת הרופאים במחלקות הפנימיות באמצעות תגבור של כוח אדם רפואי וסיעודי מתאים.

---

69 המרכז הרפואי סורוקה מסר שמאוקטובר 2010 חזרו לפעול כל שבע המחלקות הפנימיות.

70 יובהר שתקינה פירושה הקצאת תקציב על פי התקינה המאושרת.

אחיות במחלקות הפנימיות

המחסור באחיות בישראל

דוח הוועדה לכוח אדם 2010 קבע שבמדינת ישראל יש מחסור ניכר באחיות[71]. הוועדה המליצה להגדיל בהקדם האפשרי את מספר האחיות המוכשרות לתפקיד בכל שנה מכ-1,200 לכ-2,300.

משרד מבקר המדינה מעיר שגם אם מספר האחיות במחלקות הפנימיות יתוקנן כנדרש יש חשש שבשנים הקרובות לא יאוישו כל המשרות שיתווספו עקב המחסור באחיות.

משרד מבקר המדינה מציע לשקול להטיל על עובדים אחרים שעלות שכרם פחותה את ביצוען של פעולות מסוימות שאינן מצריכות הכשרה מיוחדת ומבוצעות על ידי אחיות בכמה מבתי החולים, כגון החלפת סדינים.

באוגוסט 2010 הסביר משרד האוצר לנציגי משרד מבקר המדינה כי הוא הקצה 25 מיליון ש"ח לשם הכשרת אחיות בשנים הבאות. משרד הבריאות הסביר למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2010 ובינואר 2011 כי זה כמה שנים הוא עוסק בהגברת ההכשרה של אחיות מוסמכות: בשנים 2007-2010 נוספו כ-500 סטודנטים לסיעוד במכללות שונות, ב-2009 וב-2010 נפתחו 23 תכניות לימוד להסבת אקדמאים, ומתוכננות פעולות דומות לשנים 2011 ו-2012. הוא ציין שב"בעקבות מאבקנו" הסכים משרד האוצר להגדיל את מכסת הסטודנטים. המשרד הוסיף כי סוכם על פתיחת מקצוע חדש - סייעת לאחות.

עם זאת הדגיש משרד הבריאות כי ללא שינוי התקינה לא יהיה אפשר להעסיק את בוגרי מסלולי הסיעוד.

תקני אחיות לא מספקים ומחסור באחיות במחלקות פנימיות

שלא כמו התקינה הקשיחה של הרופאים במחלקות פנימיות, לפי הסכמי העבודה של מגזר האחיות מאפריל 1997, במחלקות פנימיות שפעלו בעת חתימת ההסכם נבדקים בדיעבד אחוזי התפוסה בפועל אחת לשלוש שנים, ואם נמצא שהתפוסה עלתה או ירדה ביותר מ-10%, מגדילים או מקטינים את התקן שלהן. לדברי המשרד, תוספת המשרות אינה מלווה בהכרח בתקצוב מתאים. במחלקות הפנימיות שנפתחו לאחר אפריל 1997 תקן האחיות הוא 0.85 משרה לכל מיטה פנימית שבתקן על פי תעודת הרישום של בית החולים.

המשרד הסביר כי תקינת האחיות מבוססת על הסכם ולכן אי-אפשר לבצע שינויים באופן חד-צדדי. משרד מבקר המדינה ממליץ למשרדי הבריאות והאוצר ולנש"מ לבחון מחדש את תקינת האחיות כדי למצוא פתרון למחסור באחיות במחלקות הפנימיות.

---

71 ועדת בן נון קבעה כבר ב-2007 שיש מחסור באחיות.

גב׳ אילנה כהן, מזכ״ל הסתדרות האחים והאחיות, מסרה למשרד מבקר המדינה כי כמעט אין מחלקה פנימית שמאוישת כנדרש על פי ההסכם מ-1997. לדבריה, הדבר נובע, בין היתר, מצעדי חיסכון שנוקטים בתי חולים (כגון נהריה וברזילי) ומהעסקת עובדים אחרים על חשבון תקן האחיות בבתי חולים (כגון נהריה). כך, למשל, לדברי מנהלת הסיעוד בשיבא, יש חסר גדול של אחיות בשיבא, ובמחלקות הפנימיות לא מאוישות 23.5 משרות מתוך 213 המשרות שבתקן[72]. לדבריה, יש מחסור במשרות של כוח אדם סיעודי בכל המחלקות בבית החולים, ולכן כאשר עולה הצורך לתגבר את המחלקות הפנימיות עקב גידול באחוזי התפוסה או במספר המונשמים, יש קושי לעשות זאת.

עקב עומס העבודה יש אחיות שמעדיפות לא לעבוד במחלקות הפנימיות. לעתים עקב החסר באחיות יש אחיות מעטות מדי במחלקה והדבר עלול לסכן את החולים. כך, למשל, לעתים קרובות יש רק שתי אחיות במשמרת לילה במחלקה של עשרות חולים, חלקם חולים במחלות קשות ומורכבות, ולדעת אנשי מקצוע אין די בכך לטיפול בכלל החולים במחלקה.

על משרד הבריאות ומנהלי בתי החולים לוודא שבכל משמרת יוצבו די אחיות למתן הטיפול הדרוש לכלל החולים במחלקה.



במצב המתואר לעיל יש חשש שבשל עומס העבודה הרב המוטל על הרופאים הם משחררים חולים מוקדם מדי; אינם קשובים לכל צורכי החולה; ומקבלים החלטות שגויות. גם הטיפול שמעניקות האחיות לחולים עלול להיפגע עקב עומס העבודה.

נוכח עומס העבודה במחלקות הפנימיות והמחסור של רופאים ואחיות בהן ראוי שמשרד הבריאות, משרד האוצר ונש״מ יפעלו כדי לעדכן את התקינה של הרופאים והאחיות במחלקות אלו. עד שתעודכן התקינה יש צורך למצוא פתרון מיידי למצוקת כוח האדם הרפואי והסיעודי במחלקות הפנימיות.

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו משנת 2009[73] שלפיה על המשרד - בשיתוף גופים נוספים - להקים גוף שיספק בין היתר מידע הנוגע לכוח אדם במקצועות הבריאות, ובכלל זה מידע על מגמות תעסוקה, ועל סמך המידע שייאסף יגבש הנחיות לתכנון כוח האדם, יעקוב אחר יישומן, יכוון וירכז את הפעילות בנושא וינתב את המשאבים המוקצים לכך.

משרד מבקר המדינה מציין לשבח את תפקוד הצוותים הרפואיים והסיעודיים הפועלים בתנאים קשים במחלקות הפנימיות.

---

72 במכתבה מיולי 2010 לד״ר י׳ זיידיס, המשנה למנהל המרכז הרפואי שיבא.

73 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק ״כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב״ עמ׳ 394.

חסרונות שיטת ההתחשבנות בין קופות החולים לבתי החולים

1. קופות החולים מתקשרות עם בתי החולים לשם קבלת שירותי אשפוז ושירותים אמבולטוריים. על פי ההסדרים הכספיים בין הקופות לבתי החולים, כל קופה משלמת לכל בית חולים מחיר מלא תמורת שירותי הבריאות עד סכום כספי מסוים (להלן - תקרת צריכה), ותמורת צריכה החורגת מהתקרה שנקבעה משלמות הקופות מחירים מופחתים או שאינן משלמות כלל. לפי חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, כל הקופות חותמות על הסכמים גלובליים[74], שתוקפם עד שלוש שנים, עם רבים מבתי החולים. בכמה מן ההסכמים נקבע כי הקופה מתחייבת לרכוש רכש מזערי וכי התשלום עבור חריגה ממנו יופחת או יתבטל לחלוטין. ההסכמים האחרונים שנחתמו תקפים לשנים 2008-2010. בשיטת ההתחשבנות האמורה יש לקופות תמריץ להפניית חולים רבים לבתי חולים שבהם הן חרגו מתקרת הצריכה, והדבר מגביר את העומס בבתי חולים אלו.

לפי תשובת המשרד לדוח ביקורת קודם בנושא[75], שיטה זו גורמת לשחיקה פיננסית של בתי החולים ולפגיעה ביכולתם לספק שירותים רפואיים נאותים, והם נאלצים לקצר את משכי האשפוז אל מתחת לנורמות המקובלות בעולם ולקצץ בתקן כוח האדם למיטה. לפיכך שיטת תקרת הצריכה, שנועדה למתן את כוחם העדיף של בתי החולים וליצור איזון בין הגופים, פוגעת בבתי החולים ומיטיבה עם הקופות.

משרד הבריאות ומשרד האוצר הסבירו בתשובתם למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2010 כי לקראת שנת 2011 בוצעו שינויים אחדים בשיטת ההתחשבנות כדי לצמצם את החסרונות שהיו בה.

יש לציין כי ועדת אמוראי, שכאמור מסקנותיה פורסמו עוד בשנת 2002, המליצה, בין היתר, להקים רשות מקצועית ובלתי תלויה שחבריה יהיו אנשי מקצוע בתחומי הרפואה, הכלכלה, החשבונאות והמשפטים ותפקידה יהיה לוודא ששירותי בתי החולים מתומחרים במחירים ריאליים ולפתח מודלים של התקשרות בין בתי חולים לקופות חולים המיטיבים עם המבוטח.

הועלה כי לא הוקמה רשות מקצועית ובלתי תלויה לעניין זה וכי ומשרד הבריאות הוא הגורם המתמחר את שירותי בתי החולים ואחראי להסכמים ביניהם ובין קופות החולים, אף שהוא בעלים של כמה מהם.

---

74 להסכמים גלובליים יתרונות אחדים: לבתי החולים - צמצום האי-ודאות בעניין השגת יעד ההכנסות של בית החולים, הבטחת תזרים מזומנים די קבוע, אפשרות תכנון לטווח ארוך ואפשרות לקבוע מחירים שיכסו את העלויות; לקופות - צמצום האי-ודאות לגבי חלק ניכר מהוצאותיהן, חיסכון בעלויות ואפשרות תכנון פעולות לטווח ארוך משנה.

75 מבקר המדינה, **דוח שנתי 60ב** (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 497 ואילך.

2. חשש לניגוד עניינים מוסדי בפעילותם של מנהלי בתי החולים: ככל שמספר נתון של רופאים ואחיות מטפל בחולים רבים יותר, הטיפול בכל חולה זול יותר עבור בית החולים. על כן נוסף על האינטרס של מנהלי בתי החולים להעניק את הטיפול הרפואי המיטבי, עלול להיות להם גם אינטרס למלא ככל האפשר את המחלקות הפנימיות[76] ואף לחרוג מתקן המיטות למחלקה שנקבע בתעודת הרישום של בית החולים. לפיכך עולה חשש שיש ניגוד עניינים מוסדי בפעילותם של מנהלי בתי חולים, המאפשרים אשפוזי יתר במחלקות הפנימיות. יש לציין, כי לכאורה האינטרס של מנהלי בתי החולים זהה לאינטרס של הקופות (לפחות של חלקן ובהתאם לתנאי הסכם ההתקשרות) - למלא את המחלקות הפנימיות עד אפס מקום, ואילו אינטרס מנהלי המחלקות הפנימיות הוא לשמור על רמת תפוסה שבה יהיה אפשר לתת טיפול טוב יותר.

מחלוקת בין משרדי הבריאות והאוצר בדבר הוספת מיטות

תכניות משרד הבריאות להוספת מיטות אשפוז

המשרד סבור שיש צורך להוסיף מיטות אשפוז רבות. הוספת מיטות משמעה הוצאה כספית חד-פעמית לבניית המקום שבו יוצבו המיטות (בניית מבנה חדש או הרחבת מבנה קיים) והוצאה כספית שוטפת לאחזקה ולמימון כוח אדם רפואי וסיעודי שיש להקצות בגין כל מיטה נוספת. עיקר ההוצאה הוא מימון כוח האדם לאורך שנים. בעניין המיטות הפנימיות הערך המשרד בינואר 2010 כי יש צורך בהוספה מידית של 800 מיטות כאלה, 300 מהן אינן מחייבות בינוי. בשנים 1995-2005 הכין המשרד שתי תכניות להוספת מיטות אשפוז, וב-2010 עדכן המשרד את התכנית השנייה. להלן הפרטים:

1. **"תכנית אשפוז לשנים 1996-2000" (להלן - התכנית מ-1996):** באפריל 1995 מינה מנכ"ל המשרד דאז צוות לבחינת מדיניות האשפוז הלאומית. בראש הצוות עמד סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד (להלן - הסמנכ"ל לתכנון ולבינוי). באוגוסט 1996 הגיש הצוות למנכ"ל את "תכנית האשפוז לשנים 1996-2000".

אחת ממסקנות הצוות הייתה כי האוכלוסייה הקשישה היא הדומיננטית במחלקות אשפוז רבות וכי הזדקנות האוכלוסייה תשפיע בעתיד על גודלן ואופיין של המחלקות השונות. הצוות קבע שיעור מזערי של 2.3 מיטות ל-1,000 נפש וכי בשנת 2000 יהיה צורך בתוספת של 2,826 מיטות, רובן במחלקות הפנימיות.

הסמנכ"ל לתכנון ולבינוי מסר לנציגי משרד מבקר המדינה במאי 2010 כי על יסוד התכנית מ-1996 באו המשרד ומשרד האוצר לידי הסכמה שבשנים 1996-2000 יוספו 1,200 מיטות אשפוז. מנכ"ל המשרד דאז, ד"ר מאיר אורן, מסר למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2010 כי ההסכמה עם משרד האוצר הייתה "פרי פשרה של שינוי המודל לאחוז תפוסה... של 95% ושהייה ממוצעת [של] 4.0 ימים" לעומת המודל המקורי, שלפיו אחוז התפוסה הוא 85% והשהייה הממוצעת היא 4.76 ימים.

---

76 על בתי החולים לעמוד ביעדי הכנסות שקובעים משרדי הבריאות והאוצר. כמו כן לעתים קובעים מנהלי בתי חולים יעדי תפוסה במחלקות פנימיות.

הבדיקה העלתה שרק ב-1999 החל יישום התכנית והחלה בנייה לשם הוספת מיטות במרכזים רפואיים ובהם הלל יפה בחדרה ונהריה.

בשנים 2003-2004 החליטה הממשלה לדחות את הוספתן של חלק מהמיטות[77]. הוספת מיטות אחרות נדחתה עד ינואר 2010 בהסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר לשנת 2008. בעת הביקורת, מאי 2010, עשר שנים לאחר המועד שתוכנן להשלמת התכנית מ-1996, נוספו רק 87% מ-1,200 המיטות[78]. בסוף ספטמבר 2010 דיווח הסמנכ"ל לתכנון ולבינוי למשרד מבקר המדינה כי הושלמה הוספת 41 מיטות בהלל יפה. משמעות הדברים היא כי טרם נוספו כ-10% מהמיטות שתוכנן להוסיפן על פי התכנית מ-1996.

על משרד הבריאות ומשרד האוצר להשלים לאלתר את תוספת המיטות שאושרה לפני יותר מעשר שנים.

2. "תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025" (להלן גם - התכנית מ-2005): בינואר 2005 קבעה הממשלה[79] שמנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' אבי ישראלי, יעמוד בראש צוות משותף למשרדי הבריאות והאוצר שיכין בתוך 45 יום תכנית להוספת מיטות אשפוז ולפיתוח תשתיות שירותי האשפוז במדינת ישראל על פי הצרכים ויגיש את המלצותיו לשרי הבריאות והאוצר. הממשלה קבעה גם כי הצוות יעסוק בשינוי תמהיל המיטות וכן בחלופות אשפוז בקהילה, בכפוף לסדרי העדיפויות של תקציב המדינה. בפברואר 2005 מינה מנכ"ל המשרד לצוות שני נציגים ממשרד הבריאות ושני נציגים ממשרד האוצר.

במאי 2005 השלים המשרד את הכנת התכנית מ-2005[80]. בתכנית נקבע שיעור מזערי של 2.2 מיטות ל-1,000 נפש וניתנו בה המלצות למימוש מידי (חורף 2005) ולמימוש בטווח הקצר (עד שלוש שנים, שנת 2008), בטווח הבינוני (עד 2015) ובטווח הארוך (עד 2025). על פי התכנית, עד סוף 2015 יש להוסיף כ-3,600 מיטות[81] - כ-2,800 מהן למחלקות הפנימיות[82] ולמחלקות הפנימיות-גריאטריות - לאוכלוסיית יעד של 8.2 מיליון נפש.

בשל התנגדות עקרונית של נציגי משרד האוצר בצוות להוספת מיטות אשפוז הכנת התכנית הושלמה רק על ידי נציגי משרד הבריאות בלבד. ביולי 2005, לאחר העברת התכנית למשרד האוצר, כתב רכז הבריאות במשרד האוצר למנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' אבי ישראלי, מכתב ובו הסתייגויות מן האמור בתכנית. בין היתר, נכתב במכתב כי הרחבה בלתי מושכלת של ההוצאה של הקופות לאשפוז, שעד אז הייתה כ-50% מהוצאותיהן, עלולה להוציא את מערכת הבריאות משיווי המשקל העדין שלה וכי היקף הביקוש לשירותי בריאות מושפע במישרין מהיקף היצע השירותים, ובעת בניית המודל לא השכיל המשרד לנטרל את כשל השוק הזה. מנכ"ל משרד הבריאות דאז השיב לרכז הבריאות באוגוסט 2005 כי העניינים שהועלו בהסתייגויותיו הובאו בחשבון בעת הכנת התכנית מ-2005.

---

77 החלטה 126 ממרס 2003 והחלטה 2481 מאוגוסט 2004.

78 המרכז הרפואי הלל יפה היה בעיצומו של תהליך בנייה לשם הוספת 85 מיטות, בין היתר עקב קשיים בפעילותה של החברה הבונה, וכלל לא הוחל בבנייה בברזילי, בוולפסון ובבני ציון לשם הוספתן של 72 מיטות.

79 החלטה 3153.

80 לבקשת מנכ"ל המשרד, במהלך הכנת התכנית מסרו מגוון אנשי מקצוע את הצעותיהם בנושא, בהם מנהלי בתי החולים הכלליים, הגריאטריים והפרטיים, הסטטיסטיקן הממשלתי, יו"ר הר"י והמנכ"לים של ארבע קופות החולים.

81 ועד שנת 2025 יתווספו עוד כ-2,500 מיטות.

82 לפי נתוני המשרד, ב-20 השנים האחרונות גדל מספר המיטות הפנימיות בכ-37% אף שהאוכלוסייה גדלה בכ-66%, ומספר הקשישים גדל בקצב מהיר פי שניים מזה של האוכלוסייה הכללית.

לדברי המשרד, משרד האוצר לא ניסה לבוא לידי הסכמות ואף לא הגיש תכנית משלו. הועלה שהנושאים לא לובנו בישיבות עבודה משותפות ולא נקבע מודל מוסכם שלפיו יגובשו מחדש צורכי האשפוז במערכת הבריאות. מאוגוסט 2005 ועד יולי 2010 נדונה התכנית פעם אחת בלבד - במחצית השנייה של שנת 2008. במועד זה הוצגה התכנית לפני הממונה על התקציבים במשרד האוצר, אולם גם אז, לדברי הסמנכ"ל לתכנון ולבינוי במשרד, לא התקבלו החלטות[83]. בנובמבר 2005 הגיש שר הבריאות את התכנית למזכירות הממשלה. עד פברואר 2011 הנושא לא עלה לדיון בממשלה. לדברי משרד הבריאות, התכנית לא הובאה לדיון בממשלה בגלל התנגדות משרד האוצר להוספת מיטות. יצוין כי מדי שנה בשנה לפני התכנית מ-2005 וגם לאחריה הגיש משרד הבריאות למשרד האוצר בקשות להוספת מיטות אשפוז, אך משרד האוצר לא נענה לבקשות. בכל השנים האלה החריפה מצוקת האשפוז ונפגע השירות הניתן לציבור.

3. **עדכון התכנית מ-2005**: בינואר 2010 דנה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא מצוקת מיטות האשפוז. הוועדה קראה לראש הממשלה, לשר הבריאות ולשר האוצר לבחון את התכנון לשנת 2015 ולעדכנו במידת הצורך. במאי 2010 הציג המשרד לפני נציגי משרד מבקר המדינה עדכון של התכנית מ-2005, שהוכן לבקשת הוועדה: "דרישת מיטות במערך האשפוז הכללי עד לשנת 2015 לקראת הסכם בריאות-אוצר". על פי התכנית המעודכנת, המבוססת על פרמטרים מסוימים, עד 2015 תידרש תוספת של לפחות 2,400 מיטות, רובן פנימיות.

מן האמור לעיל עולה כי בשל התנגדות משרד האוצר להוספת מיטות, שינה המשרד את הערכתו בדבר מספר מיטות האשפוז שיש להוסיף, ולו כדי לקבל את הסכמת משרד האוצר לתוספת מיטות כלשהי, גם אם אינה עונה על הצרכים.

עמדות בעניין הפתרונות למצוקת האשפוז

1. **עמדת משרד האוצר**: משרד האוצר הסביר לעובדי משרד מבקר המדינה ביוני 2010 שהמצב בישראל טוב יחסית לנעשה בעולם ואין צורך בהוספת מיטות. להלן נימוקיו:

(א) **אחוז הקשישים הנמוך בישראל**: לדברי משרד האוצר, מאחר שרוב מיטות האשפוז בארץ מאוכלסות בקשישים, יש לשקלל את גיל האוכלוסייה בארץ ולהשוותו לגיל האוכלוסייה המשוקלל במדינות מערביות. השוואה כזאת תביא לידי מסקנה שמצב מערכת האשפוז בישראל טוב, שהרי שיעור הקשישים בארץ נמוך משיעוריהם במדינות מערביות אחרות. עוד טען משרד האוצר כי בישראל נספרות בנפרד מיטות המיועדות לחולים במחלות ממושכות, ואילו בעולם נכללות מיטות אלו במספר המיטות הכללי. למשל, אחוז הקשישים בישראל שגילם 65 ומעלה הוא 9.7%, לעומת שיעור של כ-17% במדינות ה-OECD.

(ב) **ספירת סך כל מיטות האשפוז בישראל לעומת מיטות האשפוז הכללי**: משרד האוצר טוען כי נתוני משרד הבריאות אודות שיעורי המיטות לאישפוז כלל

---

83 יש לציין כי לא אותר פרוטוקול המתעד דיון זה.

מוטים כלפי מטה ומצבנו טוב יחסית לרוב מדינות העולם המפותח (ראו לעיל בתת הפרק "שיעור מיטות ל-1,000 נפש: עמ' 185).

(ג) **ניגודי עניינים וניהול לא נכון**: לדעת משרד האוצר, תפוסות היתר שנוצרו במערכת האשפוז נובעות מניגוד עניינים מוסדי שבו נתון משרד הבריאות, המשמש הן רגולטור הקובע מדיניות והן בעלים של בתי חולים, שיש לו עניין בהגדלת הכנסות בתי החולים מימי אשפוז.

משרד האוצר כתב בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי בשל התמריץ המובנה של בתי החולים שלא להותיר מיטות אשפוז ללא חולים, בכל מיטה שתתווסף יאושפזו חולים כל העת לצורך מימוש מלוא הפוטנציאל הכלכלי הטמון בה. לדבריו, תוספת מיטות גדולה מן הנדרש תגרום להרחבה לא יעילה של פעילות מערכת האשפוז על חשבון שירותי הבריאות בקהילה ולהקצאה לא יעילה של משאבים במערכת הבריאות.

(ד) **מחיר אשפוז**: לטענת משרד האוצר, ב-2008 ניהל משרד הבריאות את המשא ומתן עם קופות החולים ואפשר לבתי החולים הממשלתיים להוזיל את עלויות האשפוז עבור קופות החולים. לפיכך כמה מן הקופות, בהן לאומית, צמצמו את היקף הטיפולים בקהילה והפנו יותר חולים לבתי חולים.

(ה) **מדדי בריאות טובים**: לדברי משרד האוצר, למרות הנתונים על תפוסות יתר לא נפגעו מדדי הבריאות בישראל מבחינת שיעורי תחלואה, שיעורי תמותה ועוד, והם אינם נמוכים ממדדי הבריאות בשאר המדינות המערביות.

לדברי פרופ' חיים ביטרמן, הרופא הראשי של הכללית ולשעבר יו"ר איגוד הרופאים הפנימאים בהר"י, "בצד תוצאות ומדדים טובים קשה לשכנע במשבר הולך ובא, וייתכן שבעוד שנה שנתיים יווכחו לדעת שכוח אדם איכותי ברח, שיש חוסר בכוח אדם ובסופו של דבר זו איכות הטיפול שנפגעת".

(ו) **תחליפי אשפוז בקהילה**: במדינות בעלות מערכת בריאות טובה מגיעים למערכת האשפוז רק חולים הסובלים ממחלות מורכבות וקשות, ושאר החולים מטופלים בקהילה. לדעת משרד האוצר, מאחר שהגישה הרווחת במדינות המערביות היא לצמצם את שירותי האשפוז ולהגדיל את שירותי הבריאות הניתנים בקהילה, יש להשקיע יותר בפתרונות מונעי אשפוז ובתחליפיו בקהילה ופחות במערכת האשפוז ונדרש מהלך כולל של בניית תחליפי אשפוז בקהילה[84].

(ז) **רפואה מונעת**: לדעת משרד האוצר, יש צורך בניהול מחלות ובמניעת החמרתן כבר בקהילה.

מן הסיבות האמורות סבור משרד האוצר כי על משרד הבריאות ליצור תמריצים לשיפור השירות שמעניקות קופות החולים בקהילה, וכך יימנעו אשפוזים מיותרים ואשפוזים חוזרים והתפוסה במחלקות תצטמצם במידה ניכרת בלא שיוספו מיטות. יתרה מכך, משרד האוצר גורס כי לאחר שיינקטו הפעולות שהציע יתפנו מיטות במחלקות הפנימיות והן יוסבו למחלקות טיפול נמרץ וטיפול מיוחד ביילוד (פגיות), שבהן גם לדעת משרד האוצר חסרות מיטות.

2. **עמדת קופות החולים**: קופות החולים תומכות בפתרונות של טיפולי בית משום שהם מצמצמים במידה ניכרת את חשיפת החולה לבעיות הכרוכות באשפוז, כגון טעויות רפואיות, זיהומים ונפילות, ואמורים להיות זולים מאשפוז, והן כבר נקטו סדרת צעדים בנדון. בין היתר, הכללית מפעילה יחידה של שירותי אשפוז ביתי ומטפלת באמצעותה באלפי חולים בביתם; מכבי

---

84 ראו גם בדוח זה בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

מבצעת מחקר שבמסגרתו היא מפעילה "מוקד לאי-ספיקת לב" המאויש בכל שעות היממה, וכ-600 חולים הסובלים מאי-ספיקת לב מקושרים אליו לצורך ניטור מצבם הבריאותי ופיקוח עליו; במאוחדת מתקיימת תכנית הרצה (פיילוט) באמצעות "טלרפואה" לטיפול בחולים הסובלים מפצעים מורכבים וקשים, כגון פצעי לחץ ופצעים הנגרמים מסוכרת; ומכבי מפעילה שירות של טיפול בית בתחום זה בשיטה מעט שונה.

משרד מבקר המדינה מציין כי מלבד היתרונות הרפואיים בקבלת טיפולים בבית החולה והחיסכון הכספי הצפוי לקופה, מערכת הבריאות כולה יוצאת נשכרת מפתרונות אלה שכן החולה המטופל בביתו חוסך לה את ההוצאה הכרוכה בהוספת מיטת אשפוז, שבכללה הוצאה על אחזקה, ניקיון, הסעדה ושמירה. עם זאת מדובר בפתרונות שאמורים להקל את העומס במחלקות האשפוז ולא למנעו כליל. כמו כן לא כל חולה יכול להסתייע בפתרונות אלה אם בשל מצבו הרפואי ואם בשל היעדר משפחה תומכת. עוד יש לציין כי פתרונות אלה מצריכים הוספת רופאים ואחיות ובייחוד בקהילה ולכן בטווח הקצר יש קושי במימוש הרעיון.

יש להביא בחשבון גם את הדברים שמסרה הר"י למשרד מבקר המדינה: "יש לבדוק באופן מעמיק [את הפתרון של טיפולי בית שכן] בעבר הכללית ניסתה להפעיל פרקטיקה זו כפתרון שלא הוכיח את עצמו, ומכל מקום אין לבנות על זה כפתרון מכריע לבעיית העומס בפנימיות".

3. מעמד משרד הבריאות: מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים ממליצות כל מיני ועדות ממלכתיות שהמשרד יחדל מתפקידו כיצרן וכספק שירותים, וכי שתי הישויות המשפטיות בכל מרכז רפואי (בית חולים ותאגיד) יהפכו לאחת - וזאת באמצעות תאגוד בתי החולים. גם הממשלה קיבלה החלטות רבות בנושא, אולם טרם נעשה דבר[85].

הצורך בפתרון יסודי ובפתרון זמני למצוקת האשפוז

הצורך בפתרון יסודי במחלוקת בין שני המשרדים

זה שנים נדון באמצעי התקשורת ובמשרד הבריאות נושא מצוקת האשפוז במחלקות פנימיות, אך עדיין לא נמצא לו פתרון של ממש והוויכוחים נותרו בעינם. כמה פתרונות הוסדרו בחוקי ההסדרים, אך מאחר שהסדרתם התבססה על פשרה בין הגופים היא לא פתרה את סוגיות היסוד ואת הבעיה בכללותה.

הסוגיות שבמחלוקת: שלוש הסוגיות שמשרד הבריאות ומשרד האוצר חלוקים בעניינן הן: אחוז התפוסה הרצוי, שיעור המיטות ל-1,000 נפש ושיטת המדידה של המיטות והתאמתה לדרישות ולהגדרות של ארגונים בין-לאומיים.

---

85 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

יש להגיע להסכמה בדבר אחוז התפוסה השנתי המרבי הרצוי במחלקות בתי החולים באופן שיהיה בין 85% ל-95%; וכאמור, יש לקבוע מהו השיעור הרצוי של מיטות האשפוז ל-1,000 נפש - הן של המיטות לאשפוז כללי והן של סך כל סוגי מיטות האשפוז ויש לבחון מחדש את התאמת דיווחי המדידות להגדרות ארגונים בין-לאומיים, לבחור במשותף את המדינות המערביות שמדווחות לארגון בדומה לדיווח של ישראל ולבחון את מצבה של ישראל יחסית למדינות אלה. אם לא תושג הסכמה בין המשרדים יש להביא את הנושאים להכרעת שרי הבריאות והאוצר או אף להכרעת הממשלה.

הצורך בדיון מעמיק ובביצוע שינויים: לדעת משרד מבקר המדינה, מאחר שבעיית המחסור במיטות אשפוז נותרה בעינה במרוצת השנים, ואף הוחרפה, והחולים במחלקות הפנימיות סובלים שנים רבות מתנאי אשפוז קשים, על משרדי הבריאות והאוצר לקיים דיון רציני ומעמיק בדבר צורכי מערכת האשפוז והקהילה. בדיון מעמיק שכזה יש לתת את הדעת גם על מתן תוספת מסוימת של מיטות למחלקות הפנימיות ולמחלקות אחרות, וגם לפיתוח והרחבה של שירותים בקהילה המשמשים מונעי אשפוז ותחליפיו וקידום השירות של טיפולי בית. כמו כן יש לבצע שינויים פנימיים בבתי החולים: לצמצם את מספר המיטות במחלקות שבהן אחוזי תפוסה נמוכים, כדוגמת מחלקות עיניים, פה ולסת ואורולוגיה, ולהסב את המיטות שיתפנו למחלקות אחרות.

הצורך בפתרון זמני מידי

עד שימומש פתרון יסודי של מצוקת האשפוז והסוגיות שבמחלוקת יש צורך בפתרונות מידיים:

כך, למשל, לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבחון את האפשרות לתגבר את המחלקות הפנימיות ברופאים ובאחיות ואת האפשרות לקבוע תוספת על סמך המשאבים המוקצים למערכת הבריאות. מוצע גם לשקול לאפשר למנהלי המחלקות לנקוט "גמישות תקציבית" כדי שיוכלו לגייס למשימה גם רופאים בכירים ומתמחים נוספים.

עקב חשיבות הנושא והשפעתו על חולים רבים - בעיקר קשישים - ונוכח המצב הקשה שנחשף לפני צוות הביקורת במחלקות פנימיות בבתי חולים ברחבי הארץ, ביולי 2010, לפני סיום הביקורת, הציג משרד מבקר המדינה באופן חריג את הסוגיות העקרוניות לפני ראש הממשלה ושר הבריאות, מר בנימין נתניהו, סגן שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ושר האוצר, ד"ר יובל שטייניץ.

ביולי 2010 סיכמו משרדי הבריאות והאוצר על תוספת עקרונית של מיטות אשפוז. בינואר 2011 מסר המשרד כי בא לידי הסכמה עם משרד האוצר שלפיה יוספו 960 מיטות אשפוז בשש השנים הבאות - לפנימיות, לטיפול נמרץ, לפגיות וליולדות. לדברי המשרד, תוספת המיטות אינה אופטימלית, אולם היא מהווה פריצת דרך. עד פברואר 2011 לא סוכמו אופן פריסת תוספת המיטות באזורים השונים בארץ ובתי החולים שיקבלו אותה.

לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי שלאחר אישור תוספת המיטות יוודא המשרד שהן אכן יוקצו לבתי החולים ולמחלקות שבהם המצוקה חריפה במיוחד ובכלל זה למחלקות הפנימיות ולבתי החולים שבפריפריה. יש גם לוודא שמדובר בתוספת ממשית של מיטות, ולא רק באישור של חריגה ממספר המיטות הרשום בתעודות הרישום של בתי החולים. כמו כן יש לוודא שבעקבות הוספת המיטות יתווסף כוח אדם רפואי וסיעודי לפחות לפי התקינה הקיימת.

✶

לנוכח הפערים העצומים בין הערכות המשרד בדבר צורכי מערכת האשפוז ותוספת מיטות האשפוז הנדרשת ובין הסכמי הפשרה הנחתמים לבסוף עם משרד האוצר ונוכח חילוקי הדעות הממושכים בין משרדי הבריאות והאוצר[86], מן הראוי שנושא הוספת מיטות אשפוז ופתרונות נוספים יידון בין שני המשרדים, ואם הם לא יגיעו להסכמה בנושא, יש להביאו להכרעת שרי הבריאות והאוצר או אף להכרעת הממשלה.

לדעת משרד מבקר המדינה, לאחר הדיון בממשלה על משרדי הבריאות והאוצר לבוא לידי הסכמות על צורכי הפיתוח של מערכת האשפוז, לאשר "תכנית אב לפיתוח מערכת הבריאות"[87] ולפעול ליישומה בהדרגה.

צעדים אפשריים נוספים לשיפור תנאי האשפוז במחלקות הפנימיות

הנתונים בדבר העומס במחלקות הפנימיות מעלים את השאלה אם תוספת מיטות, שמשמעותה תוספת כוח אדם, היא הפתרון היחיד שעשוי לשפר את המצב שכן לטענת גורמים מקצועיים יש חשש שתוספת מיטות תשמש כלי להגדלת הכנסות.

משרד מבקר המדינה בחן צעדים נוספים שעשויים לשפר את המצב הקשה השורר במחלקות הפנימיות. להלן הפרטים:

1. קיצור זמני ההמתנה לבדיקות המתבצעות מחוץ למחלקות הפנימיות: הבדיקה העלתה שבכל עת יש חולים שאשפוזם מתארך בשל המתנתם לבדיקות, כגון C.T., צנתור, אקו לב, מיפוי כליות ומיפוי עצמות, לצורך אבחון מצבם הרפואי. לדברי מאוחדת, כמה מן הבדיקות האלה יכולות להיעשות גם במרפאותיה בקהילה.

על בתי החולים לצמצם את זמני ההמתנה לבדיקות כדי להקל את עומס האשפוז במחלקות הפנימיות.

2. העברת חולים מהמחלקות הפנימיות למקומות אחרים: כאמור, עד 15% מן המאושפזים במחלקות הפנימיות שנבדקו היו חולים שהטיפול בהם במחלקה הסתיים והיה אפשר להעבירם למקום אחר. בעת הביקורת לא הייתה דרך חוקית להוציא חולים כאלה מן המחלקה בניגוד לרצונם או בניגוד לרצון המשפחה.

---

86 בעניין טיפול במחלוקות מתמשכות בין משרדי ממשלה ראו בדוח זה בפרק "הטיפול במחלוקות בין-משרדיות מתמשכות", עמ' 3.

87 בעניין היעדר תכנית אב מאושרת לפיתוח ראו גם בפרק "תרומות לבתי החולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741.

מוצע כי משרד הבריאות יבחן את הצורך והאפשרות לקבוע הוראות והסדרים - בהם הטלת סנקציה כספית - שיאפשרו בעת הצורך את העברתם המידית של חולים שהטיפול הרפואי בהם הסתיים למחלקה עמוסה פחות במתחם בית החולים, למוסדות סיעודיים או שיקומיים או לביתם, שבו יהיו נתונים לפיקוח ולהשגחה של המרפאות בקהילה או היחידות לטיפולי בית. ההעברה צריכה להיעשות בתיאום עם המשפחות.

משנת 2004 מיושם בכללית מודל פרס/קנס לגבי פינוי חולים ממחלקות פנימיות בבתי החולים שלה למוסדות אחרים, כמו מוסדות גריאטריים. הפרס או הקנס מחושבים על פי הגידול או הקיטון בימי האשפוז לנפש בחטיבות הפנימיות בבתי החולים של הכללית. עבור כל גידול בימי האשפוז ניתן קנס בעלות של יום אשפוז, ועבור כל קיטון בימי האשפוז ניתן פרס בסך 50% מעלות יום אשפוז בבתי החולים הממשלתיים.

יש לציין כי מודל זה נוהג בין מחוזותיה של הכללית לבתי החולים הכלליים שלה בלבד. בתי החולים הממשלתיים, לעומת זאת, מתלוננים שהכללית משתהה בפינוי מבוטחיה מהמחלקות הפנימיות לאחר שמנהלי המחלקות קובעים שהטיפול הרפואי בהם הסתיים ויש להעבירם למוסדות אחרים. כך, למשל, לדברי המשנה למנהל המרכז הרפואי שיבא, "הכללית... לא אישרה בסבירות ובמהירות מספקת העברות [של חולי מחלקות פנימיות] לבתי חולים גריאטריים ושיקומיים, דבר שהיה יכול לפנות מיטות, ובמקביל כוח אדם, בהיקפים גדולים".

לאחר סיום הביקורת סיכמו משרדי הבריאות והאוצר שייקבע הסדר בין כל הקופות לבתי החולים הממשלתיים המבוסס על העיקרון של מודל פרס/קנס. מודל זה ייושם לאחר שבית החולים ימסור לקופה כי סיים את הטיפול הרפואי בחולה ויש להעבירו מהמחלקה הפנימית. הדבר בא לידי ביטוי בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002) (תיקון מס' 10), התשע"א-2010[88].

משרדי הבריאות והאוצר מנסים לצמצם את התמריץ של הקופות להשארת חולים שהטיפול הרפואי בהם הסתיים והמיועדים להעברה מבית החולים, ואולם התיקון לחוק נעשה אך בדצמבר 2010, לאחר סיום הביקורת, ועל כן תוצאות צעדים אלה עדיין אינן ניכרות. יש לראות צעד זה בחיוב שכן כל חולה אמור לשהות במחלקה או במוסד המתאימים לו, והדבר גם יפחית את העומס במחלקות הפנימיות.

3. קביעת כללים והנחיות לגבי טיפול רפואי לתיירים ("תיירות רפואית"): המונח "תיירות רפואית" משמעו הגעה של תושבי מדינות חוץ לישראל לשם קבלת טיפול רפואי. הטיפול בתיירים אלו נעשה בעיקר בבתי חולים כלליים ממשלתיים (כאיכילוב, שיבא ואסף הרופא), בין היתר בתחומי הכירורגיה, האונקולוגיה והקרדיולוגיה. במרוצת השנים התרחבה מאוד פעילות זו בבתי החולים, והיום היקפה הכספי נאמד במאות מיליוני ש"ח בשנה. בחודשים ינואר-יוני 2009 הגיעו לישראל כ-23,000 תיירים לקבלת טיפול רפואי[89].

---

88 ס"ח התשע"א 126.

89 **הסדרת תחום התיירות הרפואית בארץ ובעולם** (אוגוסט 2010), מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

במהלך טיפולים אלה זוכים תושבי החוץ ליחס מועדף לעומת תושבי ישראל. בין היתר, הם אינם נדרשים להמתין לניתוח[90], ניתנת להם האפשרות לבחור את המנתח, הם נבדקים במכשירי הדמיה ללא המתנה ומאושפזים בחדר פרטי. מאחר שפעילות זו אינה מתוקננת, הקצאת הרופאים והאחיות לטיפול בתיירים מצמצמת עוד יותר את מספר הרופאים והאחיות המטפלים בכלל המאושפזים.

ל"תיירות הרפואית" השפעה על העומס במחלקות הפנימיות, שהרי, כאמור לעיל, חולים שאמורים להתאשפז במחלקות כירורגיות מאושפזים לעתים במחלקות פנימיות. משרד הבריאות הוציא הנחיות חלקיות וכלליות בעניין "התיירות הרפואית" שאינן מסדירות כראוי פעילות זו.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד שעליו להוציא הנחיות ברורות ומקיפות לבתי החולים המפעילים מסגרת טיפול של "תיירות רפואית". בהנחיות יש לקבוע שפעילות זו לא תפגע, ככל האפשר, בשירות ובטיפול הניתנים לחולים תושבי ישראל. נוסף על כך, יש להבטיח שתיירות זו תביא תועלת כלכלית שתשמש לשיפור השירותים הניתנים במערכת הבריאות, נוסף על תועלתה ההסברתית.

4. שיפור פעולות בחדרי מיון: 30%-50% מהפונים לחדרי המיון (להלן גם - מלר"דים) מאושפזים במחלקות בתי החולים, בהן המחלקות הפנימיות. בשנת 2009 בדק משרד מבקר המדינה את ההשפעה של העומס במלר"דים על המחלקות הפנימיות ולהפך. ממצאי הביקורת פורסמו בדוח שנתי 60ב[91] ולהלן עיקריהם:

(א) המשרד לא בדק את השפעת העומס במחלקות הפנימיות על העומס במלר"דים ועל השהיית חולים במלר"דים, אף שכמה מן המלר"דים אינם ערוכים להשהיה כזאת.

(ב) המשרד לא קבע הנחיות בנושא החולים המושהים במלר"ד כדי לתת טיפול הולם לפונים אלה.

(ג) לעומס במלר"דים סיבות מגוונות, מלבד העומס במחלקות הפנימיות, ובהן הכשרת כוח האדם הרפואי המפעיל את המלר"ד. ככל שכוח האדם מיומן יותר ובעל ניסיון רב יותר כך הבירור במלר"ד מקצועי, מהיר ויעיל יותר. כבר בדוח שנתי 60ב עלה הצורך להפעיל בחדרי המיון רופאים מומחים ומיומנים במשך כל שעות היממה בכל ימות השבוע, ולא רק חמישה ימים בשבוע בשעות הבוקר, כדי למנוע אשפוזים מיותרים במחלקות פנימיות, ולהפחית את העומס הן במחלקות הפנימיות והן במלר"דים.

הנהלות סורוקה ושיבא מסרו למשרד מבקר המדינה באוגוסט ובספטמבר 2010 על שיפורים שהנהיגו בחדרי המיון: הנהלת סורוקה ציינה, בין היתר, כי רופא בכיר נוכח בחדר מיון עד חצות וכי עוזרי רופא לוקחים דמים, ולכן חלה ירידה של כ-10% בתפוסה הכללית במחלקות הפנימיות וכן חלה ירידה של כ-8% במספר הקבלות אליהן בפברואר-יולי 2010 לעומת התקופה המקבילה ב-2009; הנהלת שיבא מסרה על הכנסת מודל עבודה המאפשר גמישות תפעולית בקרב הרופאים והאחיות. לדברי הנהלת שיבא, יש צורך להתאים את התקשי"ר (תקנון שירות המדינה) למודל עבודה זה, ש"תפעולית זה המודל הנכון".

---

90 בעניין זמני המתנה לניתוחים ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

91 בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441. הדוח פורסם במאי 2010.

מן האמור לעיל עולה שתפקוד יעיל של חדרי המיון יכול לצמצם את התפוסה ואת עומס העבודה במחלקות הפנימיות. על משרד הבריאות ובתי החולים לפעול כדי לייעל את עבודתם של צוותי חדרי המיון ובכך להקל את המצב הקשה של המחלקות הפנימיות, ועל משרד האוצר לבחון כיצד אפשר לסייע למשרד הבריאות לבצע את המשימה בדרך המיטבית באמצעות המשאבים המוקצים למערכת הבריאות.

(ד) רופאים מומחים במלר"דים: רופא מומחה ברפואה דחופה יכול לקבל את ההחלטות הרפואיות הטובות ביותר בזמן קצר וכן למנוע בדיקות וטיפולים מיותרים. העסקת רופאים מומחים ברפואה דחופה במלר"דים עשויה לייעל את עבודת המלר"ד ולהקל את העומס במחלקות הפנימיות.

בשנת 2000 הוקמה ועדה שעם חבריה נמנו נציגים ממשרדי האוצר והבריאות, והיא המליצה לבצע ניסוי (פיילוט) בשני בתי חולים, שבו יאויש המלר"ד בתמהיל רופאים זה: שליש מומחים ברפואה דחופה, שליש מתמחים ברפואה דחופה ושליש רופאים ממקצועות הרפואה השונים. הניסוי נועד לבדוק, בין היתר, את השפעת שינוי תמהיל הרופאים במלר"ד על העומס במחלקות הפנימיות. עלות הניסוי הוערכה בכ-2 מיליון ש"ח.

לדברי משרד הבריאות הניסוי לא בוצע בגלל התנגדות משרד האוצר.

בדיון שקיימה הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת ביוני 2010 ביקשה הוועדה מהמשרד "לצאת לדרך ולהפעיל את הפיילוט".

עד דצמבר 2010 לא החל המשרד לבצע את הניסוי.

המשרד הסביר למשרד מבקר המדינה בינואר 2011 כי בכמה חדרי מיון כבר יש רופאים בכירים שעושים תורנויות וכי בימים אלה מתנהל משא ומתן על הסכם חדש בעניין תגמול רופאים בכירים בגין תורנויות בחדרי מיון.

5. הרחבת פעילותן של יחידות לטיפולי בית: הקופות מפעילות מסגרות שונות לטיפולים בבית החולה. כאמור, להפעלת יחידות לטיפולי בית יש יתרונות, בהם הקלה של מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות.

יש לציין כי בשנים 1995-2008 הקים המשרד שלוש ועדות לצורך ביצוע עבודת מטה לשם הסדרת תחום טיפולי הבית. אולם בבדיקת משרד מבקר המדינה עלה, בין היתר, שעל אף ניסיון הוועדות לקבוע קובץ תקנים בנושא ואף על פי שבבקרות שעשה המשרד נמצא שנושאים רבים מחייבים הסדרה, הוא לא קבע מדיניות לאומית לפיתוח שירות טיפולי הבית, לא קבע נוהל מחייב בנושא, לא הנהיג בדיקות לבחינת יעילותן הרפואית והכלכלית של היחידות לטיפולי בית, לא בחן אם יש מקום לפתח תחום זה ולהרחיבו ולא קבע מדיניות בנושאי טכנולוגיות הטיפול מרחוק[92], אף שחלק מקופות החולים כבר החלו להשתמש בהן[93].

---

92 באמצעות מערכות טלפון ומחשבים אפשר לעקוב אחרי מצב החולים בביתם, למשל על ידי שליחת תמונות של פצעי לחץ ושידור אק"ג למוקדים מקצועיים שמייעצים לחולים ואף לצוות הרפואי.

93 ראו גם בדוח זה בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרדי הבריאות והאוצר לבחון עם קופות החולים את האפשרות לצמצם את העומס במחלקות הפנימיות באמצעות הרחבת הפעילות של היחידות לטיפולי בית. אם יימצא שהדבר אפשרי, יש לבדוק את האפשרות לעודד ולתמרץ את הקופות כדי שיוסיפו מסגרות טיפול בקהילה וירחיבו את המסגרות הקיימות.

6. הרחבת הפטור מתשלום עבור תרופות לקשישים מעוטי הכנסה: קשישים זכאים לפטורים שונים ברכישת תרופות מרשם הכלולות בסל הבריאות, אולם הם וחולים רבים נוטלים תרופות שאינן בסל הבריאות[94].

מחקרים מעלים שבשנת 2009 היה שיעור הנמנעים מלקיחת תרופות בקרב השכבות החלשות 17%[95]. לא מן הנמנע שחלקם התאשפזו עקב כך. לפיכך הרחבת הפטור עשויה להפחית את האשפוזים.

ביולי 2008 החליטה ועדת שרים לענייני ביקורת המדינה שצוות בדיקה בין-משרדי ממשרדי הבריאות והאוצר יבחן את נושא ההשתתפות העצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות - בהם תרופות - בתוך שישה חודשים ויבואו לידי הסכמות בעניינו[96]. ההחלטה אף קיבלה תוקף של החלטת ממשלה[97].

בינואר 2009 הכין יו"ר צוות שמינה שר הבריאות דאז, מר יעקב בן יזרי, נייר עמדה שלפיו יש לפעול לצמצום נטל ההשתתפות העצמית המוטל על חולים סיעודיים מורכבים, על משפחות שבהן יותר מחולה כרוני אחד ועוד. לא נמצא שהנהלות משרדי הבריאות והאוצר דנו במסמך האמור. ממכתבו של הסמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושב"ן (שירותי בריאות נוספים) במשרד למשרד מבקר המדינה מפברואר 2010 עולה כי הצוות סיים את עבודתו ללא הסכמה. בשנת 2010 החליטו משרדי הבריאות והאוצר לנקוט צעד אחד בלבד בעניין צמצום נטל ההשתתפות העצמית בתשלומים עבור שירותי בריאות - להפחית את תשלומי אגרת טיפת חלב.

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו לקיים דיון מעמיק בסוגיה זו כדי להרחיב את הפטורים. הדבר עשוי לצמצם אשפוזים במחלקות הפנימיות.

7. העברת סמכויות של רופאים לאחיות ולעובדים אחרים: פעולות רבות שעושה הרופא יכולות להיעשות בידי עובדים אחרים, כמקובל בעולם, וכך ייחסך זמנו של הרופא. למשל, לאחרונה הוסמכו האחיות בישראל לתת מרשמים בתנאים מסוימים[98], והן יכולות לסייע גם בוויסות מינוני תרופות וברישום בתיקי החולים; עובדים שאינם רופאים יכולים לקחת דמים מהחולים לצורך בדיקות[99]; ולצורך כתיבה בתיק החולה אפשר להיעזר במזכירות[100]. יצוין שהר"י מתנגדת שהאחיות יבצעו פעולות הדורשות שיקול דעת רפואי.

---

94 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 58ב** (2008), בפרק "השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 439.

95 **דו"ח 2010: עמדות הציבור לגבי צריכת שירותים במערכת הרפואה הציבורית** (מאי 2009), גיאוקרטוגרפיה עבור ההסתדרות הרפואית.

96 החלטה בק/53 של ועדת שרים לענייני ביקורת המדינה.

97 החלטה 3933.

98 בינואר 2010 פורסמו ברשומות הוראות לעניין מתן מרשם בידי אח או אחות מוסמכים לפי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981, י"פ 6046.

99 כאמור, מנהל המרכז הרפואי סורוקה נקט צעד זה, על פי דיווחו למשרד מבקר המדינה.

100 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "כוח אדם סיעודי ורפואי - תמונת מצב", עמ' 382.

✶

הועלה כי צעדים אלה ננקטו במשורה. משרד מבקר המדינה מציע למשרד הבריאות, לבתי החולים, לקופות החולים ולמשרד האוצר לשקול ליישם פעולות אלה ואחרות שיכולות לסייע להקלת העומס במחלקות הפנימיות.

התמודדות המשרד ובתי החולים עם העומס במחלקות האשפוז בחורף

בשנים האחרונות לקראת החורף מפרסם המשרד לבתי החולים הוראות לנקיטת צעדים שעשויים לצמצם את העומס במחלקות הפנימיות, בעיקר כאשר התפוסות בהן גבוהות מ-120%. אולם המשרד לא הקצה לבתי החולים מימון לעניין זה. להלן דוגמאות לצעדים שנדרשו בתי החולים לנקוט:

1. **גיוס כוח אדם**: בעניין כוח אדם קובעות ההוראות שיש לתגבר את חדרי המיון ברופאים מומחים ובאחיות, לתגבר את מחלקות האשפוז באחיות, בכוחות עזר ובתורני ערב, לגייס גמלאים, לגייס עובדי סיעוד זמניים מחברות כוח אדם ולהסתייע בצוותים אחרים ממאגר העובדים הקיים. כדי לבצע את התגבור נדרשו בתי החולים, בין היתר, לבטל חופשות.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה שבתי החולים נקטו רק כמה מן הצעדים האלה, בין היתר מסיבות אובייקטיביות שאינן מאפשרות לבצעם: קושי להשיג רופאים, היעדר כישורים מקצועיים נדרשים של הרופאים המתגברים (למשל, מתמחה או סטודנט לרפואה במקום רופא מומחה) ופגיעה של תגבור זה בפעילויות אחרות של בית החולים, שהרי כמה מעובדי הסיעוד שנועדו לתגבר את מחלקות האשפוז השתייכו למחלקות אחרות. אחד מבתי החולים הסביר כי הסתייעות בצוות חיצוני נשמעת "הרואית", אך בפועל היא כמעט אינה אפשרית, אלא אם כן מתרחש אסון או שהדבר נדרש לצורך פעילויות לא מקצועיות.

ד"ר מיקי דור, ראש האגף לרפואה כללית במשרד, כתב באוגוסט 2010 למשרד מבקר המדינה כי הגורם העיקרי שמנע מבתי החולים לפעול לפי ההנחיות שהוציא היה הקושי לגייס כוח אדם רפואי סביר בחורף למשך כמה חודשים ולפטרו בסיום תקופת העומס. לדבריו, מדובר ב"הנחייה שהמערכת לא יכולה לחיות איתה וכן לא ניתן לגייס כוח אדם איכותי".

אשר לדרישה לביטול חופשות - אחד מבתי החולים מסר למשרד מבקר המדינה שבגלל "העומס והצפיפות... אין מקום לעצור...חופשות [של אחיות] ולהוריד את המורל [שלהן]".

מן האמור לעיל עולה שיש קושי גדול לבצע את ההוראות שהוציא המשרד לבתי החולים ולעתים הדבר אינו אפשרי כלל. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון מחדש את הנחיותיו כדי שיהיה אפשר ליישמן כראוי.

2. **חולים מונשמים**: בהוראות נקבע שיש להעביר חולים מונשמים ואחרים למחלקות המתאימות למצבם הרפואי. כל הקופות השיבו למשרד מבקר המדינה כי העבירו חולים מונשמים לקהילה או למוסדות אחרים ואף מסרו נתונים בעניין זה.

אולם בבדיקה התברר שאפשר להעביר יותר חולים מונשמים מבתי החולים ובעיקר מקרב מבוטחי הכללית. להערכת הכללית, אפשר להעביר כ-65% מהמונשמים הכרוניים מקרב מבוטחיה המאושפזים בבתי חולים כלליים למקומות אחרים, בהם בתיהם ומרכזים גריאטריים. עם זאת, לטענת הכללית ומאוחדת, אין מספיק מיטות למונשמים במרכזים גריאטריים ולא פעם השחרור מבית חולים כללי מתעכב בגלל היעדר מקום במוסדות אלו. לפיכך על המשרד לעודד מוסדות סיעודיים ומוסדות סיעודיים מורכבים לפתוח עוד מחלקות מונשמים שיוכלו לקלוט את החולים האלה.

3. בקרה ודיווח: בהוראות נקבע שעל בתי החולים לדווח למשרד על הצעדים שנקטו. התברר שמרבית בתי החולים לא דיווחו על פעילותם למשרד, וגם המשרד עצמו אינו בודק באופן שוטף אם בתי החולים מילאו את הוראותיו.

✶

מהאמור לעיל עולה שבתי החולים אינם ממלאים את כל הוראות המשרד לצמצום העומס במחלקות הפנימיות בעונת החורף, והמשרד אינו עוקב אחר מילוי הוראותיו. עם זאת המשרד יודע שאי-אפשר למלא את כל הוראותיו, בייחוד בעניין גיוס כוח אדם איכותי, ואף לא העמיד לרשות בתי החולים משאבים שיאפשרו להם למלאן כראוי. מכל מקום, מאחר שכאמור המחלקות הפנימיות עמוסות בכל השנה ולא רק בחודשי החורף, על משרד הבריאות ומשרד האוצר לפעול במשותף עם בתי החולים למציאת פתרונות ישימים להתמודדות עם העומס במחלקות האשפוז בכל עונות השנה.

צעדים לשיפור שהועלו בתכנית להוספת מיטות אשפוז מ-2005

הגם שהתכנית מ-2005 לא אושרה באופן פורמלי, יישום צעדים שתוכנן לממשם מיד ובטווח הקצר היה עשוי להקל את המצב במחלקות הפנימיות. כך, למשל, היה אפשר לבצע את הפעולות האלה: הסבת מיטות של חולים גריאטריים (להלן - מיטות גריאטריות) במרכזים גריאטריים למיטות פנימיות-גריאטריות; הסבת מיטות במחלקות בעלות תפוסה נמוכה למיטות של מחלקות בעלות תפוסה גבוהה; הפניית חולים קשישים היישר מחדר המיון של בית החולים הכללי למרכזים גריאטריים לשם אשפוזם; מתן אישור לכמה מהמרכזים הגריאטריים לבצע עירוי תוך-ורידי.

כאמור, מבין כ-390 מיטות שהוסבו בכלל בתי החולים הכלליים, כ-90 הוסבו למחלקות פנימיות ובכלל זה למקצועות שונים של תת-התמחויות באגף הפנימי. אשר להסבת מיטות במרכזים הגריאטריים למיטות פנימיות או "תואמות פנימיות", כמו מיטות של מחלקות גריאטריה חריפה וגריאטריה תת-חריפה, מסר המשרד כי הוסבו או נוספו כ-170 מיטות כאלה, בעיקר במרכזים גריאטריים פרטיים[101]. כמו כן מסר המשרד כי עד שנת 2005 הוא אישר לכ-20 מוסדות לבצע עירוי תוך-ורידי, ומאז גדל מספר המוסדות המורשים לעשות זאת ל-48.

---

101 לשם הסבת מיטות במרכזים גריאטריים פרטיים אין צורך במימון ממשלתי.

לדברי מנכ"ל משרד הבריאות, הפחתת מיטות במרכז גריאטרי באזור גדרה הגדילה את מצוקת האשפוז בדרום ובאשקלון. לדעתו, יש להחזיר מיטות אלו, והחלטת הממשלה לסגור שני מרכזים גריאטריים היא טעות. לדבריו, יש לחזק מרכזים גריאטריים ולהסב בהם מיטות סיעודיות למיטות "פוסט-אקוטיות".

בעניין הוספת מיטות במערך הגריאטרי שמחוץ לבתי החולים הכלליים, שחלקן ישמשו תחליף למיטות פנימיות בבתי חולים כלליים, מסר המשרד כי צעד זה מחייב הסדרת חסם כלכלי של שינוי ההסכמים בין קופות החולים, בתי החולים הכלליים והמרכזים הגריאטריים.

יצוין שבהסכמים הכלכליים בין בתי החולים הכלליים לקופות לא נעשו שינויים כדי לאפשר הפניה ישירה של חולים גריאטריים מחדר המיון למחלקות לגריאטריה פעילה. צעד זה, לו ננקט, היה מביא לידי הפחתת העומס במחלקות הפנימיות ולחיסכון כספי.

✶

בינואר 2011, לאחר סיום הביקורת, גיבש המשרד סדרה של פתרונות שנועדו להקל את מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות, ובהם הגבלת החריגה בתפוסת מיטות האשפוז, שינוי אופן ההתחשבנות בין בתי החולים לקופות החולים והגדלת התמריצים לקופות כדי שיפתחו יותר פתרונות מונעי אשפוז ותחליפיו.

סיכום

הביקורת העלתה מצוקת אשפוז קשה ביותר במחלקות הפנימיות. לעתים התפוסה בהן גבוהה מ-150%, ובתי חולים חורגים במשך זמן רב מן הקבוע בתעודות הרישום שלהם בכל הנוגע למספר המיטות במחלקה. לפיכך המאושפזים במחלקות הפנימיות נתונים בתנאי אשפוז קשים: יש שמאושפזים בצפיפות בחדרי המחלקות, במסדרונות או בחדרי האוכל ויש ששוהים בחדרי המיון זמן ממושך ואף ימים אחדים. עקב התפוסות הגבוהות נסגרו חדרי מיון פעמים רבות, ומד"א העביר חולים לבתי חולים אחרים, מקצתם מרוחקים. סגירת חדרי מיון עלולה לגרום להחמרת מצבם הרפואי של החולים המפונים לבית חולים מרוחק. עקב עומס העבודה ההולך וגדל המוטל על הצוותים הרפואיים במחלקות הפנימיות, הטיפול שמקבלים החולים במחלקות הפנימיות עלול להימצא רשלני.

משרד מבקר המדינה מציין לשבח את תפקוד הצוותים הרפואיים והסיעודיים הפועלים בתנאים קשים במחלקות הפנימיות.

עקב חשיבות הנושא והשפעתו על חולים רבים - בעיקר קשישים - ונוכח המצב הקשה שנחשף לפני צוות הביקורת במחלקות פנימיות בבתי חולים ברחבי הארץ, ביולי 2010, לפני סיום הביקורת, הציג משרד מבקר המדינה באופן חריג את הסוגיות העקרוניות לפני ראש הממשלה ושר הבריאות, מר בנימין נתניהו, סגן שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ושר האוצר, ד"ר יובל שטייניץ. להלן הסוגיות הדורשות טיפול ופתרונות דחופים מצד משרד הבריאות ומשרד האוצר:

1. (א) **אחוזי התפוסה** - על המשרד לפרסם בהקדם חוזר בדבר הפחתת אחוזי התפוסה ועליו להגיע לידי הסכמה עם משרד האוצר בדבר אחוז התפוסה השנתי המרבי הרצוי במחלקות בית החולים, שיהיה בין 85% ל-95%. אחר כך יש לנקוט צעדים ממשיים ויעילים כדי להגיע בהקדם ליעד שנקבע. על המשרד לשקול לאשר חריגה מאחוזי התפוסה שסוכמו במקרים חריגים ובבתי חולים מסוימים, ולקבוע שעבור אשפוזים החורגים ממנה לא יקבלו בתי החולים תשלום מהקופות.

(ב) **שיטת מדידת מיטות האשפוז הכלליות בישראל** - יש להגיע להסכמה גם בדבר מדידת שיעור מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש. על משרדי הבריאות והאוצר לבחון מחדש אם הדיווחים מתאימים להגדרות ארגון ה-OECD ולהגדרות ארגון הבריאות העולמי (WHO).

(ג) **קביעת יעד מיטות רצוי ל-1,000 נפש בישראל** - על משרדי הבריאות והאוצר לקבוע יעד רצוי למספר המיטות הכלליות ל-1,000 נפש בישראל תוך התחשבות במבנה מערכת הבריאות בישראל והקשרים בין הקהילה למערכת האשפוז. עליהם לבחור במשותף את המדינות המערביות שמבנה מערכת הבריאות בהן דומה לזה שבישראל ואשר מדווחות לארגונים בין-לאומיים בדומה לדיווח של ישראל ולבחון את מצבה של ישראל ביחס למדינות אלה.

אם המחלוקת בין שני המשרדים בעניינים אלה לא תוכרע, יש להביאה להכרעת שרי הבריאות והאוצר או אף להכרעת הממשלה.

2. **אשפוזים חוזרים**: יש לבחון את משך האשפוז הממוצע, הקצר במידה ניכרת ממשך האשפוז הממוצע בעולם, ולגבש מדיניות בנדון. נוסף על כך, על המשרד לערוך בדיקה מערכתית כדי לברר מהן הסיבות לאשפוזים החוזרים. תוצאותיה של בדיקה כזאת יכולות להביא לידי שיפור הטיפול הרפואי והמעטת אשפוזים חוזרים, וכך למנוע סבל מחולים ופגיעה בבריאותם ואף להביא לחיסכון כספי.

3. **חולים מונשמים**: על מנת לשפר את הטיפול בחולים המונשמים במחלקות הפנימיות יש לגייס בהקדם את תוספת האחיות שכבר אושרה.

4. **תקינת הרופאים והאחיות**: מאחר שתקינת הצוותים הרפואיים אינה מעודכנת, ובמחלקות הפנימיות יש פחות רופאים ואחיות מהדרוש, על משרד הבריאות, משרד האוצר ונש"מ לתת את הדעת על הבעיות שהועלו בנושא תקינת הרופאים בבתי החולים ובכלל זה לקבוע שיטת תקינה חדשה לרופאים במחלקות האשפוז בכלל ובמחלקות הפנימיות בפרט. ראוי להתאים את שיטת התקינה החדשה שתיקבע לחידושים ולהתפתחויות הטכנולוגיות במאה העשרים ואחת. נוסף על כך, נוכח המצוקה הקשה, יש לבחון גם פתרונות מיידיים לתקינה, האם ניתן לשלב במנגנונים הקיימים "גמישות" בניהול כוח אדם. יש לעודד מתמחים ואחיות לעבוד ברפואה פנימית, ולעודד מעבר של כוח אדם רפואי למערך האשפוז הממשלתי בפריפריה, כפי שנעשה בבתי החולים של הכללית.

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו משנת 2009 שלפיה על המשרד, בשיתוף גופים נוספים, להקים גוף שיספק, בין היתר, מידע הנוגע לכוח אדם במקצועות הבריאות, ובכלל זה מידע על מגמות תעסוקה, ועל סמך המידע שייאסף יגבש הנחיות לתכנון כוח האדם, יעקוב אחר יישומן, יכוון וירכז את הפעילות בנושא וינתב את המשאבים המוקצים לכך.

5. **דרכי פתרון למצוקת האשפוז**: יש לעגן את צורכי מערכת האשפוז ב"תכנית אב לפיתוח מערכת הבריאות" תוך הקפדה על יישומה. מומלץ שלא להתמקד רק בפתרון של תוספת מיטות ולהקל את המצב במחלקות הפנימיות באמצעות פעולות מגוונות, כגון עידוד הקופות להגדיל את מערך השירותים בקהילה שהם מונעי אשפוז ותחליפיו, שינוי אופן ההתחשבנות בין הקופות לבתי החולים, ייעול העברת חולים שהטיפול בהם במחלקה הסתיים למקום אחר, שיפור הפעילות בחדרי מיון, עידוד הקופות להגדיל את מערך טיפולי הבית והרחבת הפטור מתשלום עבור תרופות לקשישים מעוטי הכנסה. נוסף על כך, יש לבצע בהקדם שינויים פנימיים בבתי החולים: להגדיל את מספר המיטות במחלקות הפנימיות ולהקטינו במחלקות שבהן אחוזי תפוסה נמוכים. במסגרת שקילת פתרונות שונים לסוגיות שהועלו, מן הראוי להוציא את האחריות התפעולית של מערך בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות כדי שיוכל להתמקד בתפקידו כרגולטור הקובע מדיניות.

6. **לנוכח הפערים העצומים בין הערכות המשרד בדבר צורכי מערכת האשפוז ותוספת מיטות האשפוז הנדרשת ובין הסכמי הפשרה הנחתמים לבסוף עם משרד האוצר ולנוכח חילוקי הדעות הממושכים בין משרד הבריאות והאוצר, מן הראוי שנושא הוספת מיטות אשפוז ושאר הפתרונות שסוכמו יובאו לדיון בממשלה להחלטתה.**

7. **פעולות מידיות**: פירותיה של החלטה להוסיף מיטות אשפוז ייראו רק בעוד שנים אחדות. מאחר שמצוקת האשפוז בישראל נוראה והגיעה לשיאים שלא נודעו בה קודם לכן, אם מדינת ישראל לא תעלה נושא זה לראש סדר העדיפויות שלה, ולא תפעל לאלתר להקלת המצוקה במחלקות הפנימיות, ראשית כול באמצעות תגבור של רופאים ואחיות, יידרדר המצב ותגבר התמותה.