

## תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים

### תקציר

משרד הבריאות (להלן - המשרד) מפעיל 11 בתי חולים כלליים ממשלתיים. ליד כל בית חולים כזה פועל תאגיד בריאות (להלן גם - תאגיד), המאוגד כעמותה בשם "קרן מחקרים רפואיים פיתוח תשתיות ושירותי בריאות ליד [שם בית החולים]", והוא ישות משפטית נפרדת מבית החולים. בית החולים והתאגיד שליזו, שניהם יחדיו, הם "מרכז רפואי". התאגידים הוקמו בסוף שנות השמונים של המאה העשרים. תחילה נועדו התאגידים לביצוע מחקרים רפואיים, לאחר מכן הם החלו לבצע ניתוחים אחרי הצהריים (להלן - ססיות<sup>1</sup>), כדי לנצל את התשתיות הקיימות בבתי החולים, ובשלב מאוחר יותר הם החלו להפעיל שירותים נוספים. נוסף על כך, מאחר שמפתחות תקינת כוח האדם של בתי החולים ונוסחת עדכונים אינם עונים על הצורך בכוח האדם בפועל, התאגידים מסייעים לבתי החולים, באמצעות כוח אדם משלהם. לעתים כ-40% מעובדי המרכזים הרפואיים הם עובדי תאגיד, ובסך הכול מועסקים בתאגידים אלפי עובדים. בשנת 2006 היו היקפי הפעילות של התאגידים 1.2 מיליארד ש"ח, ושל בתי החולים - 5.2 מיליארד ש"ח. מקורות ההכנסה של התאגידים הם: מתן שירותים רפואיים, מחקרים רפואיים, תרומות, הדרכות ועוד.

אשר לצד המשפטי-ארגוני: התאגידים קיבלו את אישור שר הבריאות ושר האוצר לשמש תאגידי בריאות כהגדרתם בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 (להלן - חוק יסודות התקציב). בדצמבר 2001 פורסמו תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגידי הבריאות), התשס"ב-2002 (להלן - תקנות התאגידים). תקנות התאגידים עוסקות, בין השאר, במבנה הארגוני של תאגידי הבריאות, בכללי ביקורת, בפעילות התאגידים, בהשקעות בבתי החולים, בתשלומים לבתי החולים, בהתקשרויות, בתקציב, בדרישות דיווח, בתנאי עבודה ושכר ובהוראות משמעת. תאגיד הוגדר כגוף מבוקר כמשמעותו בחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב]. פעילות תאגיד הבריאות מוסדרת בהסכם פעילות בינו ובין בית החולים.

### פעולות הביקורת

בחודשים מרס-ספטמבר 2008 בדק משרד מבקר המדינה היבטים אחדים בפעילויות התאגידים, לרבות יחסי הגומלין בינם ובין בתי החולים שליזם הם פועלים. בהיבטים שנבדקו: סיוע התאגידים בקיצור זמן המתנה לניתוחים; סדרי תשלום שכר לעובדים, לרבות לעובדים משותפים לבית החולים ולתאגיד; סדרי התחשבות בין התאגידים לבתי החולים; הסכמים בין התאגידים לקופות חולים להעסקת רופאים; סדרי הפעלת מלונות לילדות; יישום החלטות בנוגע לתאגוד בתי החולים; ועוד. הבדיקה נעשתה במרכז הרפואי על שם חיים שיבא (להלן - שיבא), במרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי (להלן - סוראסקי), בבית החולים לגליל המערבי נהרייה (להלן -

1 ססיה - פעולה רפואית שבגינה מתוגמלים הצוותים הרפואיים בסכום שנקבע מראש.

נהרייה), במרכז הרפואי על שם ברזילי (להלן - ברזילי) ובמשרד הבריאות. בדיקות השלמה נעשו בכמה מרכזים רפואיים ממשלתיים כלליים, וכן במשרד האוצר, בנציבות שירות המדינה (להלן - נש"מ), ביחידת רשם העמותות במשרד המשפטים, במוסד לביטוח לאומי (להלן - הביטוח הלאומי), בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת), בקופת חולים לאומית (להלן - לאומית) ובהסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י).

## עיקרי הממצאים

### סיוע תאגיד הבריאות בקיצור זמן ההמתנה לניתוחים

#### הסיבות להמתנה הממושכת לניתוחים

במועד הביקורת לחלק מהניתוחים האלקטיביים<sup>2</sup> (מתוכננים) היה צריך להמתין זמן רב<sup>3</sup>. הדבר נובע מכמה סיבות הכרוכות זו בזו: 1. תעריף בלתי ריאלי לביצוע הניתוח, שאינו מספיק לתגמול הצוותים אחר הצהריים במסגרת התאגיד, ולכן אין בו משום תמריץ לביצוע הניתוח ולקיצור תורים. בכלל זה, קיצור תורים מותנה לרוב בקיומו של מחיר דיפרנציאלי<sup>4</sup> לניתוח. אולם בביקורת נמצא לדוגמה כי לרוב ניתוחי האף-אוזן-גרון ולרוב הניתוחים האורולוגיים לא היו במועד הביקורת מחירים דיפרנציאליים. לכן לא בוצעו להם ססיות, ומשך ההמתנה לניתוחים אלה היה בדרך כלל ארוך. מכך יוצא כי שיקולים כלכליים-מינהליים מכתבים קבלת החלטות בנוגע לביצוע ניתוחים ולקיצור תורים; 2. מחסור ארצי במרדמים ובאחיות חדר ניתוח אינו מאפשר להפעיל עוד חדרי ניתוח אחר הצהריים; 3. רופאים מנתחים מוגבלים בהשתכרותם בתאגידי, ובייחוד אלה העוסקים בעוד עיסוק מחוץ לבית החולים ולתאגיד הבריאות, ולכן יכולתם לסייע בקיצור תורים מוגבלת; 4. תקרת ההכנסות שקובעים משרד הבריאות ומשרד האוצר לבתי החולים ולתאגידי הבריאות, שנועדה להגביל את הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות, מגבילה לעתים את מספר הססיות והניתוחים המבוצעים בבתי החולים; 5. עמדת מנהלי המחלקות בבית החולים משפיעה על נכונותם של מנתחים לבצע ססיות.

#### השפעות ההמתנה הממושכת לניתוחים

נמצאו ניתוחים אלקטיביים שזמני ההמתנה להם היו ארוכים ומזיקים לדעת המומחים: המתנה ארוכה לניתוחי שקדים לילדים הגורמת לדום נשימה בשינה, ירידת רמת החמצון בדם ועוד; המתנה ממושכת לניתוחי אוזניים אצל ילדים גורמת לדלקות אוזניים כרוניות ולדלקת בעור התוף; המתנה ממושכת לניתוחי הסרת גידולי שלפוחית השתן גורמת לנזק לחולה. חולים בעלי אמצעים כספיים או אלה שברשותם

2 ניתוחים שאפשר לקבוע תאריך לביצועם ובינתיים לשחרר את החולה לביתו.

3 ניתוחים דחופים מבוצעים בבית החולים ללא המתנה.

4 מחיר שהמשרד קובע לפעולה מסוימת שהיא בדרך כלל עתירת טכנולוגיה. בעניין זה ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 54 (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445.

ביטוחים משלימים בקופות החולים יכולים לפנות לחלופות כגון הרפואה הפרטית, ובכך עלול להיפגע השוויון על פי החוק.

### איסוף נתונים על משך ההמתנה לניתוחים והגבלת משך המתנה

1. המשרד לא פעל ליצירת מאגר מידע הכולל נתונים על ההמתנה לניתוחים בבתי החולים (משך התור ומספר הממתנים). גם לקופות החולים אין מידע אמין ומרוכז על משך ההמתנה. מאגר כזה יכול היה לסייע הן למשרד והן לקופות לאתר בעיות ולמצוא פתרונות, לווסת חולים לבתי חולים אחרים, להתקשר עם ספקי שירות נוספים ולפעול לשינוי תעריפי פעולות במידת הצורך. יש קושי בהכנת אומדן של תורי ההמתנה, וזאת מכמה סיבות: הסדרי הבחירה הנהוגים בקופות החולים; רישום לא מדויק של חולים כממתנים לניתוח; ניהול התורים על ידי המחלקות השונות בבתי החולים ולא באופן מרוכז.

2. המשרד לא קבע אמות מידה בדבר משך ההמתנה המרבי לניתוחים אלקטיביים, דבר המונע מהמחלקות המנתחות, מהנהלות חדרי הניתוח, מהנהלות בתי החולים הכלליים ומהמשרד לבצע מדידות והשוואות לצורך בקרה על העבודה בחדרי הניתוח ולצורך יעולה.

3. בניגוד לנוהל שקבע המשרד, חלק מבתי החולים לא מינו אחראי לניהול תורים לניתוחים אלקטיביים שירכז את הטיפול בוויסות התורים והפיקוח עליהם ולא קבעו מדדים הניתנים לכימות ולבקרה של זמני המתנה. המשרד לא עקב אחר יישום הנוהל שהוציא.

### ביצוע סיסטמות חריגות בבתי חולים

למשרד אין מידע ופיקוח לא על הפעילות המתבצעת בחדרי הניתוח בשעות העבודה המקובלות של בתי החולים הכלליים הממשלתיים, לא על תפוקותיהם ולא על ניצולם - מידע שהוא תנאי להפניית ניתוחים לתאגידים.<sup>5</sup>

בניגוד לתקנות התאגידים, הקובעות כי שעות העבודה במסגרת הסיסטמות יחלו רק לאחר סיום שעות העבודה בבית החולים, נמצא כי צוותים רפואיים בסוראסקי תוגמלו במקרים אחדים בשכר מלא על סיסטמות, אף שרוב הניתוחים החלו בשעות הבוקר המוקדמות (8:00 או 10:00). נוצר כפל תשלום עבור אותן שעות עבודה. בסוראסקי נמצאו גם סיסטמות שבהן רופאים ניתחו וקיבלו תמורתן שכר בעת שהיו בכוננות מחלקה או בכוננות מיון,<sup>6</sup> וסיסטמות שבהן רופאים ניתחו וקיבלו תמורתן שכר בעת שהיו בתורנות.<sup>7</sup>

5 מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, בפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים", עמ' 466.

6 "כוננות רופא" - מצב שבו נדרש רופא להיות מוכן להתייצב ביחידתו שלא בשעות העבודה הנהוגות במקום עבודתו כדי לטפל במטופלים ולייעץ בעניינם (על פי חוזר מינהל רפואה).

7 תורנות - העסקת רופאים בבית החולים בשעות שלאחר שעות הפעילות הרגילות.

## כוח אדם ושכר בתאגידי הבריאות

### בקה על שכר העובדים בתאגידי הבריאות

1. מדוחות הבקרה שעשה המשרד בשנים 2005-2007 עלה שבקרת השכר אינה מלאה ואינה יעילה. הנתונים שעל פיהם עושה החשבות במשרד את הבקרה הם חלקיים: לא כל התאגידים מסרו נתונים; לא כל התאגידים מסרו לחשבות נתוני שכר לשנים 2006 ו-2007 במתכונת שהיא ביקשה; נבדקו נתוני שכר של עובדים המועסקים בתאגידים ובבתי החולים שלידם ולא של אלה המועסקים בתאגידים בלבד; לא נבדק שכרם של עובדי המחקר בתאגידים; לא נבדק שכרם של רופאים בבית החולים ששכרם נמוך מ-100,000 ש"ח בשנה ולא שכרם של עובדים במגזר הפרה-רפואי ששכרם נמוך מ-80,000 ש"ח בשנה.

2. המשרד אינו מפקח על העסקת כוח אדם בתאגידים. מעמדת הר"י עולה שתאגידי הבריאות יצרו דרך לעקוף את מנגנון עדכון התקנים בבית החולים, והדבר גורם לחוסר שליטה במערכת התקינה ומקשה על הגורמים האחראים לנושא להתמודד עם מנגנון עדכון התקנים.

### שקיפות ושלמות בהצגת נתוני השכר

1. בדוח על השכר שמפרסם הממונה על השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר (להלן - הממונה על השכר) כלולים נתוני שכר של עובדים בשירות המדינה (עובדי מדינה) ששכרם ברוטו גבוה מ-25,000 ש"ח לחודש. אין פרסום של השכר הכולל של עובדים בבית החולים ובתאגיד גם יחד<sup>8</sup>, ובמועד סיום הביקורת עדיין לא היו בידי משרד האוצר נתונים על שכר העובדים בתאגידים.

2. רופאים רבים מועסקים במסגרת בתי החולים, תאגידי הבריאות וקופות החולים, ואולם שכרם הכולל - המשולם כולו מהקופה הציבורית - אינו גלוי ואינו מפורסם, משום שהוא מתקבל מכמה מעסיקים בעת ובעונה אחת. יוצא שלמשרד הבריאות ולמשרד האוצר אין ראייה כוללת של שכר הרופאים במשק. הדבר עלול לפגום בקבלת החלטות בנוגע לצעדי המדיניות שהם רוצים לנקוט.

### עבודת עובדי מדינה בהנהלת תאגידי הבריאות

שכר המנהלים האדמיניסטרטיביים בבתי החולים ובתאגידים

1. בתאגידי הבריאות שבמרכזים הרפואיים אסף הרופא, ברזילי, הלל יפה, זיו ופוריה, שבהם מחזור ההכנסות קטן, מכהנים המנהלים האדמיניסטרטיביים של בתי החולים כמנהלי התאגידים. עובדים בשירות המדינה, למעט רופאים, חייבים בדיווח נוכחות על יסוד החתמת שעות נוכחות; אולם המשרד פטר את המנהלים האדמיניסטרטיביים מלהחתים שעות נוכחות בעת שהם עוסקים בנושאי התאגיד<sup>9</sup>.

8 הכוונה לרופאים, לאחיות, לעובדים פרה-רפואיים ולעובדי מינהל ומשק (מנמ"ש).

9 לפי הנחיית סמנכ"ל למינהל במשרד, מנהל אדמיניסטרטיבי המועסק בתפקיד זה גם בתאגיד הבריאות מחויב להחתים שעות נוכחות אלקטרוני פעמיים ביום, בתחילת העבודה ובסיומה. ההחלטה נוגעת לכל שעות עבודתו, הן השעות בשירות המדינה והן השעות בתאגיד. לפי ההנחייה, מנהל אדמיניסטרטיבי מחויב להיקף שעות שלא יפחת מ-41.5 שעות שבועיות בתוספת 3.5 שעות נוספות, כשהן מבוצעות ברציפות. רק שעות עבודה נוספת מעבר ל-45 השעות השבועיות הן שעות עבודה לפעילות בתאגיד.

2. על פי תקנות התאגידים, רוב המנהלים האדמיניסטרטיביים מקבלים שתי משכורות: משכורת של משרה מלאה מבית החולים ומשכורת מהתאגיד, ששיעורה עד 50% ממשכורתם מבית החולים. שכרם השנתי הכולל (בבית החולים ובתאגיד גם יחד) של כל אחד מהמנהלים האדמיניסטרטיביים בתאגידים שבמרכזים הרפואיים אסף הרופא, ברזילי והלל יפה בשנים 2006-2007 היה מאות אלפי ש"ח (ועד כ-710,000 ש"ח ברוטו לשנה, כלומר כ-59,000 ש"ח לחודש). במרכזים הרפואיים זיו ופוריה, לעומת זאת, למנהלים האדמיניסטרטיביים של התאגיד לא שולם שכר כלל בשנים אלה.

3. הממונה על השכר דאז, מר אלי כהן, הגביל בשנת 2007 את שכרם של בכירי כל קופות החולים בשיעור מסוים משכרו של מנכ"ל הארגון, אולם עניין זה לא הוסדר באשר לעובדים בכירים בתאגידים - המנהלים האדמיניסטרטיביים.

4. מנתוני השכר של המנהלים האדמיניסטרטיביים של התאגידים לשנת 2007 עולה כי שכרם נגזר ממשכורתם בבית החולים, וכי יש הבדל בין שכרם ובין שיעורו מתוך היקף הכנסות התאגידים. למשל, שכרו של מנהל תאגיד מסוים גבוה במידה ניכרת מזה של מנהלי התאגידים אחרים, אף על פי שהיקף הכנסות של אותו תאגיד הוא הנמוך שבהם. היקף הכנסות התאגידים זיו ופוריה, שכאמור לא שילמו שכר למנהלים, דומה לזה של התאגידים שבהם שילמו למנהלים שכר גבוה.

#### סדרי העסקת מנהל תאגיד הבריאות בנהרייה

1. אפשרות לניגוד עניינים: לפי תקנות התאגידים, קצין תקציבים בבית החולים לא יעבוד בתאגיד ולא ימלא בו שום תפקיד. בבדיקה עלה כי מנהל נהרייה, ד"ר מסעד ברהום, מינה עובד לשמש גם בתפקיד מנהל התאגיד וגם בתפקיד מנהל תחום כלכלה רפואית בבית החולים. לתפקיד מנהל תחום כלכלה רפואית ולתפקיד של קצין תקציבים יש מאפיינים משותפים רבים בתחום הכנת התקציב, הבקרה עליו, ניתוח נתונים תקציביים וסטטיסטיים, בחינת הליכי עבודה, דרכי ייעול ועוד, כך שתפקידיהם חופפים כמעט. בעבודתו של מנהל תחום כלכלה רפואית בבית החולים ייתכן ניגוד עניינים תפקודי עם עבודתו כמנהל התאגיד, ומן הראוי היה לא למנות את העובד לשמש בשני תפקידים אלה בעת ובעונה אחת.

2. מינוי בבית החולים: בביקורת עלה כי ימים אחדים לפני שמונה העובד למנהל התאגיד הוא התקבל לעבודה בבית החולים ומונה לתפקידו ללא מכרז באישור נש"מ<sup>10</sup>. באישור ההעסקה בתפקיד מנהל תחום כלכלה רפואית ששלחה נש"מ להנהלת בית החולים נהרייה בינואר 2008, נאמר שיש לפעול מיד לפרסום מכרז למשרה. ואולם במועד סיום הביקורת טרם פורסם מכרז למשרה, וחווה העסקתו של העובד הוארך עד סוף דצמבר 2008. נוכח הביקורת בדבר האפשרות לניגוד עניינים בין תפקידו של מנהל תחום כלכלה בבית החולים לתפקידו כמנהל התאגיד, הודיע מנהל נהרייה למשרד מבקר המדינה כי החליט לשים קץ לעבודת העובד בבית החולים, וכי הוא יישאר בתפקיד מנהל התאגיד בלבד.

10 חוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, כללי שירות המדינה (מינויים) (מכרזים, בחינות ומבחנים), התשכ"א-1961, והוראות תקנון שירות המדינה (להלן - התקשי"ר) מתווים את דרך המלך לגיוס ולקידום של עובדים בשירות המדינה: הכרזה על משרה פנויה ואיושה באמצעות מכרזים. הוראות התקשי"ר קובעות כי נש"מ תאשר העסקה לפני מכרז רק במקרים יוצאים מן הכלל. ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 56 (2006), בפרק "מכרזים לאיוש משרות בכמה משרדי ממשלה", עמ' 249.

### הסכמים להעסקת רופאים בין תאגידי הבריאות לקופות החולים

כבר מתחילת המאה ה-21 חתמו קופות החולים עם תאגידי בריאות רבים על הסכמי שיתוף פעולה, ולפיהם רופאים מומחים בבתי חולים ממלאים בשעות עבודתם (עד השעה 16:00) תפקידים שונים במרפאות קופות החולים. את התמורה בעד שירותיהם מעבירות הקופות לתאגידים שליד אותם בתי חולים, ואלה מעסיקים מתמחים במחלקות שרופאיהן עובדים במרפאות הקופות, לעתים בהיקפי משרה גדולים מהיקף המשרה שממלא רופא בית החולים במרפאות הקופות.

המשרד לא הסדיר מספר נושאים הקשורים להעסקת רופאי בתי חולים באמצעות תאגידי הבריאות בקופות החולים: 1. רופא בית חולים מועסק בתקן במחלקה מסוימת ומקבל שכר מאוצר המדינה בעבור מתן שירותים לכלל החולים הפונים בשעות העבודה הנהוגות במרכז רפואי, ובאותן השעות ממש הוא בעצם עובד בקופה ומטפל בחולים של קופת חולים מסוימת. 2. העסקת רופאים בשירות המדינה במרפאות קופות החולים מטעם התאגידי בשעות הבוקר, כפי שנקבע בהסכמים, היא בניגוד לתקנות התאגידיים. 3. עולה חשש שמשיקולים כלכליים יוותר בית החולים על שירותי מומחה במחלקות האשפוז ויסתפק בשירותי מתמחים, שהם בעלי הכשרה פחותה, ועקב כך עלול להיפגע השירות הרפואי הניתן לחולים בבית החולים. 4. הדבר גם מעיד על הקושי הטמון בתקני הרופאים בבתי החולים<sup>11</sup>. 5. עניין זה גם אינו בא לידי ביטוי בהסכם הפעילות בין בית החולים לתאגידי, המסדיר את יחסי הגומלין ביניהם.

### הסכמי פעילות והתחשבנות בין תאגידי הבריאות לבתי החולים

1. העברת תקורה לבתי החולים: תקנות התאגידיים קבעו שעל תאגידי להעביר לבית החולים שלידו שיעורים שונים בגין השימוש במשאבים: סכום שלא יפחת מ-20% מהכנסותיו ממכירת שירותים רפואיים, וכן סכום שלא יפחת מ-4% מהכנסותיו ממכירת שירותי רפואה מונעת, מקידום בריאות ומהדרכת סטודנטים ועובדים במקצועות בתחום הבריאות (להלן - תקורה). לא נמצאו מסמכים המעידים על אופן קביעת שיעורי התקורה שנקבעו בתקנות התאגידיים, ומאז התקנות בשנת 2001 גם לא בחן המשרד את סבירות השיעורים.

2. הסכמי פעילות בין בית חולים לתאגידי שלידו: (א) בית חולים וולפסון לא חתם על הסכם פעילות עם התאגידי שלידו, והתאגידי פעל על פי טיוטת הסכם עד דצמבר 2008. לתאגידי גם לא היה היתר פעילות בחתימת שר הבריאות ושר האוצר כנדרש בחוק יסודות התקציב<sup>12</sup>. במצב כזה עלולה להיפגע יכולת המשרד לעשות בקרה על פעילות התאגידי. למשל, המשרד לא בדק את הדיווח התקופתי שהעביר התאגידי על פעולותיו. לאחר סיום הביקורת, בינואר 2009, הודיעו המשרד ובית חולים וולפסון כי נחתם הסכם פעילות.

(ב) הסכם הפעילות בין בית חולים שיבא ובין התאגידי שלידו נחתם במרס 2004 בידי התאגידי בלבד. ההסכם גם לא הוארך בכתב מאז חתימתו אלא במשתמע על פי התנהגות הצדדים. לאחר סיום הביקורת, בינואר 2009, הודיע שיבא כי הסכם הפעילות אושרר והוארך בכתב.

11 בעניין תקינת הרופאים ראו בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי", עמ' 355.

12 חוק יסודות התקציב קובע שתאגידי בריאות לא יפעל אלא באישור שר הבריאות ושר האוצר ועל פי הכללים שייקבעו.

3. תשלום בגין שימוש בחומרים מתכלים: לפי תקנות התאגידים, על תאגיד לשלם לבית החולים את מלוא עלות הציוד המתכלה שמספק בית החולים לתאגיד. בביקורת עלה כי בניגוד לתקנות הללו, על פי הסכמי הפעילות בשיבא, סוראסקי ונהרייה, התאגיד חייב לשלם לבית החולים רק 20% מהכנסותיו בגין פעולות דיפרנציאליות, שעה שעלות האביזרים בלבד יכולה להיות גבוהה במידה ניכרת משיעור זה, כך שבית החולים עלול בעצם לסבסד את התאגיד. כמו כן, במסמכים שבידי הביקורת אין תיעוד המסביר כיצד נקבע שיעור נמוך זה. נוסף על כך, מנתוני חשבות המשרד עולה כי רוב התאגידים משלמים לבתי החולים שלידם פחות מהנדרש על פי התקנות.

### מלוניות ליולדות ליד בתי החולים

בסמוך למחלקת יולדות בשיבא פועלת מלונית ליולדות, "שיבא בייבי", שמופעלת בידי תאגיד הבריאות. בסמוך לבית החולים "ליס" ליולדות בסוראסקי (להלן - ליס) פועלת מלונית ליולדות, "בייבי ליס", אשר מופעלת על ידי חברה פרטית שהתקשרה בהסכם עם תאגיד הבריאות. הביטוח הלאומי משלם לבית החולים מענק אשפוז עבור כיסוי הוצאות האשפוז בגין כל לידה מיד ובלי קשר למספר הימים ששהתה יולדת במחלקת היולדות<sup>13</sup>. יולדות הבוחרות לשהות במלונית (תמורת תשלום) שוהות בדרך כלל במחלקת היולדות של בית החולים זמן קצר יותר מששוהות בה יולדות אחרות. יוצא שבית החולים חוסך משאבים בגין יולדות שבוחרות לשהות במלונית. בה בעת מפנות יולדות אלו מקום ליולדות אחרות שגם עבורן מקבל בית החולים תשלום מביטוח לאומי. לדעת הביטוח הלאומי יש לבחון מחדש את כל מרכיבי מענק האשפוז המשולם לבית החולים.

### תנאי האשפוז במחלקות היולדות

במחלקות היולדות בשיבא ובליס היולדות מאושפזות בתנאי צפיפות ובניגוד לתקני הבינוי המקובלים במועד סיום הביקורת<sup>14</sup>. במלוניות, לעומת זאת, התנאים הפיזיים טובים הרבה יותר מאלה שבמחלקות היולדות. ההחלטה אם לשפץ את מחלקות היולדות נתונה לשיקול דעתם של מנהלי בתי החולים. נדרשת הסדרה של המשרד בנוגע לשיפור תנאי האשפוז במחלקות היולדות.

### השירות הרפואי ליולדת וליילוד השוהים במלונית והתשלום עבורו

על פי טיוטת נוהל של המשרד משנת 2007, עובדי בתי החולים לא יספקו שירותים לשוהים במלונית. אולם בביקורת עלה כי בשיבא האחיות המועסקות על ידי בית החולים או על ידי התאגיד משובצות בסבב משמרות הן במחלקת היילודים של בית

13 בעבר אושפזה יולדת לאחר לידה במחלקות היולדות בכל הארץ למשך ארבעה-חמישה ימים, אך השהייה התקצרה במהלך השנים והגיעה בשנת 2008 ליומיים בערך.

14 עם זאת יצוין כי מחלקות היולדות עומדות בתקני הבנייה שהיו בתוקף במועד בנייתן. לחדרים הקיימים הוספו מיטות עקב מצוקת אשפוז ובשל רצון למקסם הכנסות.

החולים והן "שיבא בייבי" (עם זאת, התאגיד הקצה 18 תקנים של אחיות לתגבור מחלקות היולדות והיילודים בבית החולים); החברה הפרטית שמפעילה את "בייבי לייס" משלמת לתאגיד תמורה בגין עבודת הצוות הרפואי במלונות על פי ההסכם ביניהם, אך כספים אלה אינם מועברים לבית החולים אלא נשארים בתאגיד, אף על פי שאת רוב הצוות הרפואי מעסיק בית החולים ולא התאגיד (מנגד הקצה התאגיד עשרה תקנים של אחיות המועסקות במחלקות אחרות בבית החולים). המשרד טרם הסדיר את נושא המלונות באמצעות נוהל מחייב במועד סיום הביקורת.

### קיום שתי ישויות משפטיות נפרדות זו לצד זו - החסרונות במצב הקיים

#### בקורות וכפל מנגנונים עקב קיום שתי ישויות משפטיות

בכל מרכז רפואי פועלות לפחות שתי ישויות משפטיות נפרדות שפעילויותיהן כרוכות ושלוכות זו בזו: בית החולים והתאגיד שלידו. השילוב של שתי הישויות מחייב בקרה מוגברת של הרשויות על נקודות ההשקה שלהן ועל עמידתן בהסכמי הפעילות שלהם. בבקרה זו עוסקות הנהלות בתי החולים והנהלות התאגידים. גם שר הבריאות ושר האוצר נדרשים לתת את אישורם מדי שנה בשנה כדי שהתאגידים יוכלו להמשיך ולפעול. עיסוק זה גוזל משאבים ניכרים ממערכת הבריאות, למשל:

1. המשרד בודק אם פעולות של בית החולים אינן מוסטות לתאגיד, מכיוון שהדבר יגרום לבית החולים להפסד הכנסה, לאי-עמידה ביעד הכנסותיו ולכיסוי גירעונותיו מתקציב המדינה, ואילו לתאגיד הדבר יגרום להציג עודפים. התאגיד צריך לעמוד בתקרת הכנסות מסוימת וביחס מסוים בין היקף פעילותו להיקף הפעילות של בית החולים שלידו.

2. בכל מרכז רפואי יש שני מנגנונים ניהוליים: האחד לתאגיד והשני לבית החולים. כל אחד מהם מטפל בענייני הנהלה, כוח אדם, גזברות ועוד. לבית החולים ולתאגיד יש גם שני תקציבים ושני דוחות כספיים נפרדים, וכן דוח כספי מאוחד. יוצא שבקיום שתי הישויות המשפטיות יש בזבוז משאבים וביורוקרטיה מרובה. יתרה מזו, ליד כל מרכז רפואי יש גם עמותת חוג ידידים העוסקת בגיוס תרומות וברכש עבור המרכז הרפואי. גם לעמותה זו יש מנגנון ניהול משלה, ולעתים חברים בו חלק מעובדי המרכז הרפואי. במרכז הרפואי שיבא, לדוגמה, פועלים שלושה תאגידים נוסף על בית החולים.

### ניסיונות למציאת פתרון למצב

כמה ועדות ממלכתיות עסקו מאז תחילת שנות התשעים של המאה העשרים הן בצורך להפריד את המשרד מבתי החולים שהוא מפעיל והן במודל הרצוי להתאגדות המשפטית של בתי החולים. כל הוועדות<sup>15</sup> העירו שיש קושי בתמהיל תפקידי

15 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל בראשות השופטת שושנה נתניהו, שנת 1990; הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה בראשות מר עדי אמוראי, שנת 2000; הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים בראשות רו"ח משה ליאון, שנת 2004.



המשרד: לייצר ולספק שירותי בריאות, לגבש מדיניות בריאות, לתאם ולפקח על מערכת הבריאות (רגולטור). בתפקידיו אלה מובנה מצב של ניגוד עניינים.

הממשלה קיבלה בשנים 1997-2007 כל מיני החלטות בנושא מעמד בתי החולים הכלליים<sup>16</sup>. נוכח אחת החלטות מינה בנובמבר 2006 שר הבריאות, ח"כ יעקב בן יזרי, את הסמנכ"ל לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד, גב' רות רלב"ג, ליו"ר המינהלה להעברת בתי החולים הכלליים הממשלתיים לידי חברות מנהלות (להלן - מינהלת ההעברה). תפקידיה של מינהלת ההעברה הם, בין היתר: העברת בתי החולים הממשלתיים לידי חברות מנהלות והפיכתם לישות משפטית עצמאית ונפרדת; הסדרת המבנה הארגוני של בתי החולים ויחסי הגומלין בינם ובין לקוחותיהם, והפיקוח עליהם. אף על פי שהוועדות הממלכתיות וחלק מהחלטות הממשלה עסקו בצורך לתאגד את כל בתי החולים הכלליים, הן הממשלתיים והן אלה של הכללית, תפקיד מינהלת ההעברה הוגבל לעיסוק בבתי החולים הכלליים הממשלתיים בלבד. על ועדה מייצעת למינהלת ההעברה הוטל להנחותה ולייעץ לה בסוגיות הקשורות לעיצוב מדיניות האשפוז בישראל ולהפעלת בתי חולים. מאז הקמתה התכנסה הוועדה פעם אחת, בפברואר 2007.

באוגוסט 2007 החליטה הממשלה כי יוקם צוות בהשתתפות נציגי משרד האוצר, משרד הבריאות והיועץ המשפטי לממשלה, והוא יפעל לגיבוש חקיקה במסגרת הצעת חוק המדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008 בנוגע לתאגוד בית חולים כחברה מנהלת ולהפעלתו. הצוות, שהוקם בסוף שנת 2007 בראשות המשנה ליועץ המשפטי לממשלה (כלכלי-פיסקאלי) לשעבר, עו"ד גב' דוידה לחמן-מסר, קיים שתי פגישות בלבד ולא הגיע לידי שום מסקנה.

### פעילות של מרכז רפואי בחו"ל

המרכז הרפואי שיבא, כולל התאגיד שלו, נתן שירותי ייעוץ והדרכה, משנת 2005 ואילך, למרכז רפואי חדש שהוקם בגינאה המשוונית שבאפריקה (להלן - גינאה). בפרויקט זה נחתמו כמה הסכמים: בינואר 2005 חתמה חברת תל השומר - מחקרים, תשתיות ושירותים רפואיים בע"מ (להלן - תה"ש מחקרים בע"מ או החברה) עם חברה לשירותים רפואיים בגינאה ועם נציגתה בארץ על הסכם בסך מיליוני ש"ח לייעוץ והדרכה בהקמת מרכז רפואי קליני בגינאה. עבור פעילות ההדרכה של אנשי צוות רפואי מגינאה, מדרום אמריקה ומארגנטינה, שילמה חברת תה"ש מחקרים בע"מ לתאגיד מיליוני ש"ח<sup>17</sup>.

בפברואר 2004 פנה מנהל שיבא, פרופ' זאב רוטשטיין, לשר הבריאות דאז, מר דני נוה, ויידע אותו על אודות פנייה של ממשלת גינאה. השר הבהיר למנהל שיבא שעליו להסדיר סוגיות רבות במשרד הבריאות ובשאר משרדי הממשלה, כמו אופן ההתקשרות, תנאיה, הגורם המתקשר, העברת תשלומים לבית החולים בגין העברת

16 קידום עבודת מטה לקראת תאגוד; העברת בתי חולים אחדים לידי חברות מנהלות; איחוד בתי החולים רמב"ם ובני ציון, העברת בית החולים וולפסון לחברת ניהול בבעלות אחת מקופות החולים; העברת הלל יפה, שיבא ורמב"ם לידי חברות מנהלות; העברת המרכז הרפואי רבין שבפתח תקווה, שבבעלות הכללית, לידי חברה מנהלת בבעלותה; הקמת צוות מקצועי אשר יפעל להעברת ניהולם של בתי החולים לידי חברות מנהלות.

17 משרד מבקר המדינה לא ברק את הפרויקט עצמו אלא את הסדרתו מול המשרד.

ידע ועוד. לא נמצא שמנהל שיבא ביקש את אישור משרד הבריאות, משרד האוצר או משרד החוץ לפעילות רבת שנים זו בחו"ל. יתר על כן, כאשר משרד הבריאות ידע שהפרויקט בעיצומו, הוא לא דרש משיבא פרטים מלאים כדי לבחון אותם מהיבטים שונים, ובכלל זה היבטים של זכויות ואינטרסים מקצועיים וכלכליים של המדינה, היבטים של יחסי החוץ של המדינה ואף סיכונים ביטחוניים לפעולה של גוף ממשלתי במדינות אפריקה.

בפברואר 2008, לאחר שהפרויקט כבר הסתיים, מינה מנכ"ל המשרד ועדה לבחינת התקשוריות בתי חולים למתן ייעוץ בהקמה ובהפעלה של תשתיות בישראל ובחו"ל ובמתן שירותים רפואיים במדינות זרות. בינואר 2009 טרם פורסמו המלצות הוועדה.

### חברת תל השומר - מחקרים, תשתיות ושירותים רפואיים בע"מ

כאמור, בתחומי שיבא פועלת גם חברת תה"ש מחקרים בע"מ והיא חברה פרטית. החברה נוסדה בשנת 1993, ומטרתה, בין היתר, לתמוך בביצוע מחקרים מדעיים ורפואיים, לנהל, ליזום ולבצע כל פעולה הקשורה בפיתוח ובאחזקה של שירותים הקשורים לשיבא, במישרין ובעקיפין. נכסי החברה והכנסותיה ישמשו לתמיכה בפעילויות שיבא. בעלי המניות בחברה הם עמותת חוג הידידים תל השומר ואנשים פרטיים (שאחד מהם משמש גם יו"ר חוג הידידים). מניות הבכורה מעניקות לחוג הידידים 76% מכוח ההצבעה בכל אסיפות החברה.

בינואר 2005 כתב מנהל שיבא למנכ"ל המשרד, פרופ' אבי ישראלי, על החברה ועל פעילותה במחקרים ובפעולות ייעוץ בחו"ל. ואולם המשרד, שהוא הבעלים של המרכז הרפואי וגם רגולטור של מערכת הבריאות כולה, לא בחן את תקינות אופן ההתאגדות של החברה.

1. החברה פועלת מאז 1993, כאמור, אולם רק בנובמבר 2007 נחתם בינה ובין בית החולים שיבא הסכם המסדיר את אופן פעילותה הנעשית לטובת בית החולים<sup>18</sup>, לרבות הסדרת השימוש שעושה החברה בשם בית החולים או בעובדיו או בידע ובניסיון שלהם לקידום פעולת החברה לטובת בית החולים ועובדיו. בהסכם לא נקבע מנגנון לפיקוח של בית החולים על החברה, למשל דיווח תקופתי של החברה על פעולותיה.

2. מערך כפיפויות: מנהל שיבא, פרופ' רוטשטיין, משמש מנכ"ל חברת תה"ש מחקרים בע"מ<sup>19</sup>, ומנהל בית החולים השיקומי והאחראי למחקרים בשיבא, פרופ' שלמה נוי, משמש יו"ר הדירקטוריון שלה. יוצא שבשיבא פרופ' רוטשטיין אחראי לפרופ' נוי בעניין המחקרים, ואילו בחברה פרופ' רוטשטיין (כמנכ"ל) נתון לפיקוחו של פרופ' נוי (כיו"ר הדירקטוריון). בנוגע לכלל פעילות חברת תה"ש מחקרים בע"מ יוצא כי על פרופ' רוטשטיין, כמנהל המרכז המשולב שיבא, לקבל דיווחים מפרופ' נוי ומפרופ' רוטשטיין, כלומר ממנו עצמו. כל זאת ללא חובות דיווח למשרד. הדבר פוגע בפיקוח ובבקרה על החברה.

18 למעט פעולות ל"קידום, פיתוח, מסחור רישום והגנה על אמצאות", שהסדרתן נעשתה בהסכם בשנת 2004.

19 בעניין סוגיית ניגוד העניינים האפשרי בין תפקידיו של פרופ' זאב רוטשטיין ראו את הפרק "עבודות מחוץ לתפקיד של מנהלי בתי חולים", עמ' 493.

## סיכום והמלצות

1. המשרד מפעיל 11 מרכזים רפואיים כלליים ממשלתיים. בכל מרכז רפואי, שהוא יחידה כלכלית אחת, יש לפחות שתי ישויות משפטיות - בית החולים והתאגיד. כל ישות פועלת לפי כללים אחרים: בית החולים לפי כללים הנהוגים בשירות המדינה, בהם תקנון שירות המדינה (התקשי"ר) והוראות תקנות כספים ומשק (התכ"ס), והתאגיד לפי כללים גמישים יותר. קיום שתי הישויות גורם לבזבוז משאבים ניכר במערכת הבריאות, מחייב בקורות רבות ופוגע גם בשקיפות.  
מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים ממליצות כל מיני ועדות ממלכתיות שהמשרד יחדל מתפקידו כיצורן וכספק שירותים, וכי שתי הישויות יהפכו לאחת - וזאת באמצעות תאגוד בתי החולים. גם הממשלה קיבלה החלטות רבות בנושא, אולם טרם נעשה דבר. ראוי לקדם את נושא התאגוד.
2. אחת המטרות החשובות שבהקמת תאגידי הבריאות הייתה קיצור משך ההמתנה לניתוחים אלקטיביים. ראוי שהמשרד יסדיר נושא זה, לרבות קביעת אמות מידה לזמני ההמתנה, ויבין מאגר מידע המרכז את זמני ההמתנה בכל בתי החולים, שיהיה נגיש לקופות החולים. ראוי שהמשרד יקבע תעריפים לניתוחים שישקפו את עלויותיהם, כך שיווצר תמריץ לקיצור משך ההמתנה לניתוחים אלקטיביים באמצעות התאגידיים. בכך ייחסך סבל מהחולים ותימנע החמרה במצבם הרפואי.
3. עובדים רבים בבתי החולים עובדים גם בתאגידיים. המשרד עושה בקרה על שכר העובדים, אולם הבקרה אינה מלאה ואינה יעילה. אין שקיפות בשכר העובדים בתאגידיים, ואין מידע על השכר הכולל שהם מקבלים מבית החולים ומהתאגיד גם יחד. אין מידע על שכרם הכולל של רופאים - המקבלים את שכרם מהקופה הציבורית. מן הראוי שהממונה על השכר הוא שיעשה בקרה על שכר העובדים בתאגידיים.
4. בשיבא פועלת חברה פרטית, שבה בעת היא גם זרוע ביצועית של גוף ממשלתי ומשתמשת במשאבי המדינה ובידע של המדינה, ולמשרד הבריאות ולמשרד האוצר יש מידע חלקי על פעילותה. ראוי שהמשרד והנהלת שיבא יעמדו על כך שהזיקה בין שיבא ובין החברה תמצא ביטוי גם במסמכי התאגוד של החברה.
- שיבא וחברה זו נתנו שירותי ייעוץ והדרכה למרכז רפואי חדש שהוקם בגינאה המשוונית שבאפריקה בלי שקיבלו אישור ממשרד הבריאות או ממשרד האוצר. משרד הבריאות ידע שהפרויקט כבר בעיצומו, אולם לא ביקש משיבא פרטים מלאים כדי שיבחן את הסוגיה. ראוי שהמשרד יקבע כללים לפעילותם של מרכזים רפואיים בחו"ל.
5. במרכזים הרפואיים שיבא וסוראסקי פועלות מלוניות לילדות, ובמחלקות היולדות יש צפיפות. מרכזים רפואיים המבקשים להקים מלוניות עלולים לא לשפר את תנאי האשפוז במחלקות היולדות, ובכך להמריץ יולדות לעבור למלוניות, מכיוון שמפעילות המלונית מקבל בית החולים הכנסה נוספת. מן הראוי שהמשרד יקבע נוהל להסדרת הקמתן ופעילותן של מלוניות לילדות. ראוי שתנאי ההפעלה מלונית במרכז רפואי יהיה עמידה בתקן של תנאי אשפוז וצפיפות במחלקה, על פי התקנים המקובלים לבניית מחלקות אשפוז חדשות לילדות.



## מבוא

משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) מפעיל 11 בתי חולים כלליים ממשלתיים<sup>20</sup>. ליד כל בית חולים כזה פועל תאגיד בריאות המאוגד כעמותה בשם "קרן מחקרים רפואיים פיתוח תשתיות ושירותי בריאות ליד [שם בית החולים]"<sup>21</sup>. תאגיד הבריאות הוא ישות משפטית נפרדת מבית החולים. בית החולים ותאגיד הבריאות שליידו, שניהם יחדיו, הם "מרכז רפואי".

תאגידי הבריאות הוקמו בסוף שנות השמונים של המאה העשרים. תחילה נועדו תאגידי הבריאות לביצוע מחקרים רפואיים. מאוחר יותר - מכיוון שהצוותים הרפואיים שבבתי החולים עבדו עד השעה 16:00 ולא הספיקו לעמוד בקצב הניתוחים, ומכיוון שבשל זמן ההמתנה הארוך לכל מיני ניתוחים נפגעו בבריאותם או נפטרו חולים רבים בטרם הספיקו לעלות על שולחן הניתוחים - החלו התאגידיים להעסיק צוותים רפואיים שיבצעו ניתוחים לאחר שעות העבודה הרגילות שלהם, בעת שחדרי הניתוח ויתר תשתיות בתי החולים פנויים. לאחר מכן החלו התאגידיים לספק בבתי החולים הממשלתיים הכלליים כל מיני שירותים כגון: בדיקות I.V.F,<sup>22</sup> ומעבדות שונות.

תאגידי הבריאות קיבלו את אישור שר הבריאות ושר האוצר לשמש תאגידי בריאות כהגדרתם בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 (להלן - חוק יסודות התקציב), ועל כן הם רשאים לפעול בתחומי בתי החולים. בדצמבר 2001 פרסם שר הבריאות דאז, מר נסים דהן, את תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגידי הבריאות), התשמ"ב-2002 (להלן - תקנות התאגידיים). תקנות התאגידיים עוסקות, בין השאר, במבנה הארגוני של תאגידי הבריאות, בכללי ביקורת, בפעילות תאגידי הבריאות, בהשקעות בבתי החולים, בתשלומים לבתי החולים, בהתקשרויות, בתקציב, בדרישות דיווח, בתנאי עבודה, בשכר ובהוראות משמעת. עוד נקבע בתקנות התאגידיים שתאגיד בריאות הוא גוף מבוקר כמשמעותו בחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב].

מחזור הפעילות של המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים הסתכם בשנת 2006 בכ-6.4 מיליארד ש"ח, מהם 5.2 מיליארד ש"ח מפעילות בתי החולים ו-1.2 מיליארד ש"ח מפעילות תאגידי הבריאות. מקור ההכנסה העיקרי של התאגידיים (כ-76% מההכנסות) הוא מתן שירותים רפואיים, ומלבדו משמשים מקורות הכנסה גם מחקרים רפואיים (12%), "הכנסות אחרות" (הדרכות בתחום הרפואה, כנסים ועוד - 5%), ו"תרומות ואחרות" (7%)<sup>24</sup>. בתאגידיים מועסקים אלפי עובדים. לדוגמה, במרכז הרפואי על שם חיים שיבא הועסקו בסוף שנת 2007 כ-6,080 עובדים, 2,682 מהם (44%) בידי תאגיד הבריאות; ובמרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי הועסקו באותו הזמן כ-5,420 עובדים, 2,025 מהם (37%) בידי תאגיד הבריאות.

מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים קבעו כל מיני ועדות ממלכתיות שיש צורך להפוך את בתי החולים ואת תאגידי הבריאות הפועלים לידם לישות אחת, והממשלות גם החליטו בעניין זה, אולם עד למועד סיום הביקורת הדבר לא קרה.

20 הגליל המערבי בנהרייה, זיו בצפת, רמב"ם בחיפה, בני ציון בחיפה, פוריה בטבריה, הלל יפה בחדרה, שיבא בתל השומר, סוראסקי בתל אביב, וולפסון בחולון, אסף הרופא בבאר יעקב וברזילי באשקלון.

21 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור".

22 מערכת לדימות מחשבי של רקמות הגוף.

23 הפריה חוץ-גופית.

24 ניתוח פיננסי 2000-2006, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות, חשבות משרד הבריאות, 11/07.

בחודשים מרס-ספטמבר 2008 בדק משרד מבקר המדינה היבטים אחדים בפעילויות תאגידי הבריאות, לרבות יחסי הגומלין בינם ובין בתי החולים שליידם הם פועלים. בהיבטים שנבדקו: סיוע התאגידיים בקיצור זמן ההמתנה לניתוחים, שכר העובדים בתאגידיים, הסכמים להעסקת רופאים שנחתמו בין התאגידיים לקופות החולים, סדרי ההתחשבות בין התאגידיים לבתי החולים, הפעלת מלונות לילדות, יישום החלטות בנוגע לתאגוד בתי החולים, ועוד. הבדיקה נעשתה במרכזים הרפואיים האלה: המרכז הרפואי על שם חיים שיבא (להלן - שיבא), המרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי (להלן - סוראסקי), בית החולים לגליל המערבי נהרייה (להלן - נהרייה), המרכז הרפואי על שם ברזילי (להלן - ברזילי) ובמשרד הבריאות. בבדיקות השלמה נעשו במרכז הרפואי אסף הרופא (להלן - אסף הרופא), במרכז הרפואי הלל יפה (להלן - הלל יפה), במרכז הרפואי על שם אדית וולפסון (להלן - וולפסון), במרכז הרפואי זיו (להלן - זיו), במרכז הרפואי פוריה (להלן - פוריה), במשרד האוצר, בנציבות שירות המדינה (להלן - נש"מ), ביחידת רשם העמותות במשרד המשפטים, במוסד לביטוח לאומי (להלן - הביטוח הלאומי), בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת), בקופת חולים לאומית (להלן - לאומית) ובהסתדרות הרפואית בישראל (להלן - ה"ר").

### סיוע תאגידי הבריאות בקיצור זמן ההמתנה לניתוחים

בכל שנה מבוצעים במדינת ישראל עשרות אלפי ניתוחים. הניתוחים מחולקים לשלוש רמות של דחיפות: ניתוח חירום - ניתוח שיש לבצעו מיד; ניתוח דחוף - ניתוח שיש לבצעו לפני שישוחרר החולה לביתו; ניתוח אלקטיבי (מתוכנן) - ניתוח שיש לקבוע תאריך לביצועו, ובניתיים אפשר לשחרר את החולה לביתו. ברוב המקרים ניתוחי החירום והניתוחים הדחופים מבוצעים בבית החולים בשעות הבוקר או בידי צוותי כוננים<sup>25</sup> ותורנים<sup>26</sup> אחר הצהריים. בבתי החולים הכלליים הממשלתיים מופעלים חדרי הניתוח בימים ראשון-חמישי בשעות 00:00-15:00, ובימי שישי בשעות 00:00-13:00, על פי שעות העבודה של צוותי חדר הניתוח<sup>27</sup>. מכמה מבתי החולים נמסר כי בימי שישי בבוקר מופעלים חדרי הניתוח לניתוחים דחופים או אלקטיביים, לפי החלטת המרכז הרפואי.

במסגרת השימוש שעושים תאגידי הבריאות בתשתיות בתי החולים, חלקם פועלים לקצר את זמן ההמתנה לניתוחים, וזאת על ידי ביצוע הניתוחים בחדרי הניתוח בשעות אחר הצהריים (להלן - ססיות<sup>28</sup>), כלומר לאחר שעות העבודה של עובדי בתי החולים. על פי רוב, התאגיד מבצע בשעות פעילותו ניתוחים אלקטיביים. סוג הניתוחים שיבצע התאגיד אחר הצהריים נתון לשיקול דעתם של בתי החולים והתאגידיים.

קיימים הבדלים בין מאפייני הניתוחים המבוצעים במסגרת בית החולים ובין מאפייני הניתוחים המבוצעים במסגרת התאגיד כלהלן: (1) לשעות הבוקר נקבעים ניתוחים מסובכים וכן ניתוחים לחולים שסובלים גם ממחלות רקע, מאחר שבשעות הבוקר מועסקים צוותים רב-תחומיים, ואפשר לתת מענה טוב יותר לסיבוכים שנגרמים בניתוח. אחר הצהריים משתדלים לשבץ לססיות את

25 "כוננות רופא" - מצב שבו נדרש רופא להיות מוכן להתייצב ביחידתו שלא בשעות העבודה הנהוגות במקום עבודתו כדי לטפל ולייעץ בעניין מטופלים (על פי חוזר מינהל רפואה).

26 תורנות - העסקת רופאים בבית החולים בשעות שלאחר שעות הפעילות הרגילות.

27 סקטור האחיות עובד על פי סידור משמרות. כאשר לסקטור הרופאים - בהסכם עבודה קיבוצי שחתמו ב-1991 נציגי המעסיקים ומשרד האוצר עם ה"ר" נקבע כי הרופאים יעבדו 6 ימים בשבוע, ובסך הכול 45 שעות: בימים ראשון-חמישי מ-00:00 עד 16:00, ובימי שישי מ-00:00 עד 13:00. ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2008) בפרק "סוגיות בסדרי מינהל בבתי חולים", עמ' 371-372.

28 ססיה - פעולה רפואית שבגינה מתוגמלים הצוותים הרפואיים בסכום שנקבע מראש.

המקרים הפשוטים יותר. (2) ניתוחים שלהערכת הצוות הרפואי יהיו ארוכים נקבעים בדרך כלל לשעות הבוקר, וזאת כדי להימנע מלהמשיך בניתוח בשעות הערב. (3) שעות הבוקר מיועדות ללימוד ולאיומן מתמחים, והדבר מאריך את זמן הניתוחים בבוקר. (4) מאחר שהתשלום לצוותי הססיות מתבצע עבור כל ניתוח בנפרד, לתאגיד יש נטייה לבחור בצוותי חדר הניתוח היעילים יותר, וזאת כדי להספיק מספר רב יותר של ססיות. יוצא שהניתוחים המבוצעים אחר הצהריים במסגרת התאגיד פשוטים יותר, מהירים יותר ויעילים יותר.<sup>29</sup>

התשלום לצוותים הרפואיים המשתתפים בביצוע ניתוחים במסגרת תאגיד הבריאות מתבצע בתלוי שכר נפרד מתלוי השכר של בית החולים. השכר החודשי לעובד שביצע ססיות מחושב בדרך כלל על פי מספר הססיות שביצע, כפול התשלום לססיה שעליו סוכם עם הסקטור שאליו הוא משתייך.<sup>30</sup>

### הסיבות להמתנה ממושכת לניתוחים מתוכננים

משרד מבקר המדינה בדק את זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים בסוראסקי, בשיבא, בנהרייה ובברזילי ומצא כי לחלק מהניתוחים יש להמתין זמן רב, והדבר גורם לעתים לנזק בריאותי לחולים.

המתנה לניתוחים מתארכת מכמה סיבות הכרוכות זו בזו: תעריף בלתי ריאלי המשולם לבית החולים בגין ביצוע הניתוח; מחסור במרדמים ובאחיות חדר ניתוח; תקרת ההכנסות של הרופא המנתח; תקרת ההכנסות של בית החולים ושל תאגיד הבריאות; והשפעת עמדת מנהלי המחלקה שבה מתבצע הניתוח על נכונות המנתחים לבצע ססיות. משרד מבקר המדינה בחן את השפעתה של כל אחת מהסיבות הללו על משך ההמתנה לניתוחים. להלן הממצאים:

#### תעריף בלתי ריאלי המשולם לבית החולים בגין ביצוע הניתוח

רוכשי השירותים מבתי החולים, ובעיקר קופות החולים, שהן המבטחות, משלמים לבתי החולים בעבור ניתוחים לפי מחיר יום אשפוז כפול מספר הימים שהחולה אושפז בבית החולים או לפי מחיר קבוע לפעולות נבחרות שקבע המשרד, שהוא מחיר דיפרנציאלי.<sup>31</sup>

במועד סיום הביקורת כ-160 פעולות מתומחרות בשיטת המחיר הדיפרנציאלי<sup>32</sup>, ומחירן נקבע על ידי ועדת מחירים בין-משרדית המשותפת למשרד האוצר ולמשרד הבריאות. עם זאת, לניתוחים רבים טרם נקבע מחיר דיפרנציאלי. המשרד מחשב את המחירים הדיפרנציאליים בדרך כלל לפי ממוצע עלויות של בתי חולים אחדים. יש ניתוחים שנקבע להם מחיר דיפרנציאלי, אך הוא אינו

29 העיקרון נכון גם בהשוואה לשוק הפרטי, שאליו מנותבים הניתוחים הקלים והפשוטים יותר, אלה שסכנת ההסתבכויות בהם קטנה יותר (תופעה הקרויה בשם "גריפת השמנת"), ולפיכך ממילא בבית החולים נותרים הניתוחים של המקרים המורכבים יותר והחולים הקשים יותר והמבוגרים יותר.

30 סקטור הרופאים, המרדמים, אחיות חדר ניתוח וכו'. בתאגיד שיבא, למשל, האחיות המבצעות ססיות מתוגמלות לפי שכר לשעה. בתאגיד סוראסקי, למשל, בניתוחים שמתחילים לבצע אותם כססיות מתגמלים בשלב הראשון את האחיות והמרדמים לפי שכר לשעה, ולאחר שמסכמים עם הסקטורים השונים את שכרם, מתגמלים אותם בסכום קבוע.

31 בעניין שיטות התשלום הנהוגות בבתי החולים ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2006: 54, בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445 ואילך.

32 בשנת 2006 ההכנסות מפעולות דיפרנציאליות לעומת ההכנסות מאשפוז חולים היו כלהלן: בסוראסקי - 343.8 מיליון ש"ח (כ-26% מכלל ההכנסות) לעומת 539.2 מיליון ש"ח מאשפוז חולים (41%); בשיבא - 336.9 מיליון ש"ח (23% מכלל ההכנסות) לעומת 622.7 מיליון ש"ח (43%); בברזילי - 103.8 מיליון ש"ח (22.5% מכלל ההכנסות) לעומת 265.2 מיליון ש"ח (58%); בנהרייה - 85.3 מיליון ש"ח (23% מכלל ההכנסות) לעומת 192.5 מיליון ש"ח (51.5%). ניתוח פיננסי 2006-2000 בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות, חשבות משרד הבריאות, 11/07.

מספיק לכיסוי ההוצאות בפועל<sup>33</sup>. לדברי המשרד, יש פעולות שמחיריהן גבוהים מעלותן לבית החולים, במטרה לעודד את בית החולים לעשות את אותן הפעולות, ויש פעולות שמחיריהן נמוכים מעלותן לבית החולים, וזאת כדי להקטין את התמריץ לבצען. מכאן שמחירי הפעולות משמשים לעתים גם לוויסות מספרן. יתרונות השיטה הם: מחיר ריאלי המבוסס על הקשר שבין התשומות לתפוקות; והיות השיטה תמריץ כלכלי לבצע פעולה כלשהי, אף אם אינה מצריכה ימי אשפוז רבים או שימוש בציוד רפואי ובטכנולוגיות יקרות. השיטה גם מעודדת את בית החולים לשחרר את החולה מיד כשמצבו מאפשר זאת, ובכך לנצל טוב יותר את משאבי מערכת האשפוז. שיטת תגמול זו, התפתחות הרפואה ושיפורים טכנולוגיים הביאו עם השנים לידי הפחתת ימי האשפוז. יצויין גם כי בחלק מהניתוחים שתמורתם מתוגמל בית החולים על פי ימי אשפוז, תמורה זאת אינה מספיקה לכיסוי עלות הניתוח. לדעת שיבא, מצב זה עלול גם להקטין את מספר הניתוחים המבוצעים בשעות הבוקר.

תאגידי הבריאות אינם מבצעים בדרך כלל פעולות אשר אין בהן כדאיות כלכלית. לניתוחים יש השלכה כלכלית ואם העלות גבוהה מההכנסה, אין תמריץ לביצוע הניתוח. התשלום לצוות חדר הניתוח במסגרת התאגיד נגזר מהתגמול עבור אותו ניתוח. תעריף שאינו ריאלי לביצוע הניתוח לא יספיק לתגמול הצוותים. ולפיכך החלטת התאגידיים לבצע ססיות מותנית לרוב בקיומו של מחיר דיפרנציאלי; נמצא כי ברוב הניתוחים שבהם לא מבוצעות ססיות הסיבה לכך היא היעדר מחיר דיפרנציאלי, הגורם לחוסר כדאיות כלכלית<sup>34</sup>. בהיעדר מחיר דיפרנציאלי, התגמול מחושב על פי ימי אשפוז, ומכיוון שפעמים רבות עלות הניתוח גבוהה מההכנסה בגין האשפוז, לא משתלם לתאגיד לבצע ססיות, שנועדו לקצר את משך ההמתנה לניתוחים, ונוצרים תורים. עם זאת נמצא, כי יש ניתוחים שאף על פי שלא נקבע להם מחיר דיפרנציאלי, תאגיד הבריאות מבצע להם ססיות כדי לקצר תורים, וזאת על פי שיקול הדעת של מנהל בית החולים<sup>35</sup>.

משרד מבקר המדינה אסף נתונים משיבא, מסוראסקי, מנהרייה ומברזילי על ניתוחים להם משך ההמתנה ארוך ובחן את הסיבות לכך. ברוב המקרים הסיבה הייתה שלא נקבע להם מחיר דיפרנציאלי, שהיה מאפשר לבצע ססיות בתאגיד. להלן כמה דוגמאות:

33 לדוגמה, תעריפו של ניתוח לסובלים מבריחת שתן הוא 26,000 ש"ח, אך עלות הציוד הרפואי לבדו הוא 25,000 ש"ח (לא כולל שכר לצוות הרפואי); תעריפו של ניתוח להחלפה חוזרת של מפרק הוא כשל ניתוח להחלפה ראשונה של מפרק, וזאת אף על פי שעלות השתל בהחלפה חוזרת גבוהה בהרבה.

34 כפי שאמר נציג משרד האוצר בישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ב-13.2.07 (להלן - ועדת הכנסת), ברגע שלכל פעולה יהיה תעריף דיפרנציאלי שישקף את העלויות שלה, לא תהיה בעיה של המתנה ממושכת. פעילות שמתומחרת ביתר מעודדת את בית החולים להרבות בביצועה, ופעילות יקרה שמתומחרת בחסר יוצרת "תורים מלאכותיים", כלומר מאריכה את משך ההמתנה לאותם ניתוחים.

35 בתאגיד הבריאות בסוראסקי מבוצעות ססיות בניתוחי כפתורים ואדנואידיים (שקך שלישי) אף על פי שלא נקבע להם מחיר דיפרנציאלי, ולפיכך משך ההמתנה לניתוח הוא חודשיים-שלושה בלבד. מתאגיד הבריאות בשיבא נמסר כי לניתוחי שתל קוכליארי (אמצעי אלקטרוני הנותן תחושת שמיעה באמצעות גירוי חשמלי לסיבי עצב השמע) אין מחיר דיפרנציאלי, אולם הוחלט לקצר בו את משך ההמתנה ולממן ניתוח זה על חשבון התאגיד, וזאת כדי לשפר את השמיעה בקרב ילדים מוקדם ככל האפשר.

## ניתוחים שזמני ההמתנה להם ממושכים ושאין להם מחיר דיפרנציאלי

בעת ביצוע הביקורת, לרוב ניתוחי האף-אוזן-גרון לא היו מחירים דיפרנציאליים, ולכן משך ההמתנה להם היה בדרך כלל ארוך. בשיבא משך ההמתנה לניתוחי אף-אוזן-גרון, לרבות ניתוחים לילדים, היה לרוב שישה-שבעה חודשים; בנהרייה משך ההמתנה לרבים מניתוחי האף-אוזן-גרון היה 13 חודשים, ומשך ההמתנה לניתוחי סינוסים ואוזניים היה שבעה חודשים. בסוראסקי משך ההמתנה לניתוחים ליישור מחיצת האף היה יותר משנה; לניתוחים בבלוטות הרוק משך ההמתנה היה חמישה-שישה חודשים. יצוין כי משך ההמתנה לניתוחי שקדים לילדים<sup>36</sup> ולניתוחי אוזניים לילדים<sup>37</sup> התקצר במהלך תקופת הביקורת מכשישה חודשים לשלושה-ארבעה חודשים; משך ההמתנה לניתוחי לרינגולוגיה (תיבת הדיבור) בסוראסקי התקצר במהלך תקופת הביקורת מחמישה חודשים לארבעה (כיוון שהחלו בביצוע ססיות אף על פי שלא נקבע להם מחיר דיפרנציאלי).

גם לרוב הניתוחים האורולוגיים לא היו בעת ביצוע הביקורת תעריפים דיפרנציאליים, ולכן משך המתנה להם היה ארוך. בסוראסקי משך ההמתנה לניתוחי הפרעה במתן שתן<sup>38</sup> או לניתוח עקמת באיבר המין<sup>39</sup> היה שלושה חודשים; בשיבא משך ההמתנה לניתוחי הסרת גידולי כליה ממאירים היה חודשיים-שלושה<sup>40</sup>, לניתוחי הסרת גידולים ממאירים בשלפוחית השתן - שלושה חודשים<sup>41</sup>, ולניתוחי שחזור השופכה<sup>42</sup> - שלושה חודשים.

לניתוחים אורתופדיים רבים לא היו בעת ביצוע הביקורת מחירים דיפרנציאליים. בשיבא משך ההמתנה לניתוחי כתף היה שמונה חודשים<sup>43</sup>, ולניתוחי ברכיים, לרבות שחזור רצועת הברכיים - שבעה-שמונה חודשים<sup>44</sup>.

## ניתוחים שתורי ההמתנה להם התקצרו עקב קביעתו של מחיר דיפרנציאלי

לאחר מועד סיום הביקורת - ספטמבר 2008 - נקבעו מחירים דיפרנציאליים לכמה סוגי ניתוחי אף-אוזן-גרון, ומשום שהחלו לבצע ססיות, משך ההמתנה להם בסוראסקי התקצר: לניתוח בבלוטת התריס התקצר התור לאחר סיום הביקורת מחמישה-שישה חודשים לשלושה חודשים<sup>45</sup>; משך ההמתנה לניתוחי סינוסים התקצר משישה חודשים לחודשיים-שלושה.

- 
- 36 מנהל המחלקה מסר כי ההשלכות של דום נשימה בשינה שאינו מטופל עקב דחיית הניתוח היא ירידת רמת החמצון בדם ועקב כך פגיעה ביכולת הקוגניטיבית. בקרב תינוקות ההשלכות חמורות אף יותר.
- 37 מנהל המחלקה מסר כי דחיית הניתוח כרוכה בדלקות אוזניים כרוניות ובדלקת בעור התוף.
- 38 דחיית הניתוח כרוכה בחיבור לקטטר ובאי-נוחות לחולה.
- 39 ככל שהילד גדל כך גדלים הסבל, אי-הנוחות וההשלכות הפסיכולוגיות שבביצוע הניתוח.
- 40 לדברי מנהל מחלקת אורולוגיה בשיבא, התאגיד מבצע ססיות למרות היעדרו של מחיר דיפרנציאלי.
- 41 לדברי מנהל מחלקת אורולוגיה בשיבא, המתנה זו לניתוחי הסרת גידולים ממאירים בשלפוחית השתן עלולה לגרום לנזק רפואי לחולה.
- 42 כאשר נגרם נזק לשופכה עקב כריתת רחם, יש צורך בניתוח לשחזור השופכה. המתנה לניתוח כזה כרוכה באי-נוחות ובסבל לחולה.
- 43 מנהל המחלקה מסר כי ההמתנה לניתוח כרוכה בכאבים ובחוסר תפקוד.
- 44 מנהל המחלקה מסר כי בהמתנה לניתוחים אלה עלול להיווצר נזק לסחוסים של המפרק ועלולים להתפתח שינויים ניווניים.
- 45 בניתוחי בלוטת התריס המחיר הפך לדיפרנציאלי כבר ביולי 2007, אולם המחיר שנקבע לא הספיק כדי להתחיל בביצוע ססיות. רק לאחר סיום הביקורת סוכם התגמול הכספי לצוותים הרפואיים, והחלו בביצוע.



בעבר היו ממתנינים כשבוע עד 10 ימים לניתוחי שבר צוואר הירך, והדבר גרם להגברת התחלואה לאחר הניתוח, להארכת משך האשפוז של המנותחים ולהגדלת שיעור התמותה. לאחר שנקבע מחיר דיפרנציאלי, שמשולם רק אם הניתוח מבוצע בתוך 48 שעות מתחילת האשפוז, החלו לבצע את הניתוחים בססיות אחר הצהריים, ומאז אין ממתנינים עוד לניתוחים אלה<sup>46</sup>.

לכל הניתוחים המבוצעים במחלקות הנורוכירורגיה יש תעריף דיפרנציאלי. המחלקה בסוראסקי, לדוגמה, מבצעת ניתוחים אחר הצהריים במסגרת התאגיד. משום כך במחלקה זו אין ממתנינים זמן רב לניתוח.

לניתוחי קטרקט נקבע אמנם מחיר דיפרנציאלי אך כפי שנמסר מהנהלת ברזילי, אין כדאיות כלכלית בביצוע ססיות בניתוח זה במסגרת התאגיד. לפיכך ההמתנה לניתוחי קטרקט הייתה בעת ביצוע הביקורת כ-12 חודשים<sup>47</sup>.

משרד האוצר השיב בינואר 2009 כי קיים עיוות בתמחור שירותים הבא לידי ביטוי בתמחור יתר של שירותים אמבולטורים לעומת שירותים דחופים המתומחרים בחסר. במסגרת הדיונים על שיטת ההתחשבות בין בתי החולים לקופות לשנים 2008-2010 סוכם עם משרד הבריאות כי השירותים האמבולטורים הרווחיים המבוצעים בתאגיד יוצאו בהדרגה ועד 1.1.2010 משיטת ההתחשבות בין בתי החולים וקופות החולים ("תקרת הקפינג") לאחר שיתומחרו מחדש באופן ריאלי. יבוצע גם תיקון בתמחור של שירותים דחופים המתומחרים בחסר<sup>48</sup>.

משרד מבקר המדינה מעיר כי אי קביעת מחירים ריאליים לביצוע ניתוחים מסוימים גורמת להגדלת זמני המתנה. הדבר גורם לסבל רב לחולים ולעיתים לפגיעה בבריאותם. הסדרת הנושא צריכה להתייחס לצד הכלכלי והניהולי של הניתוחים ולתת כלים ותמריצים כדי שהניתוחים יתנהלו באופן מיטבי, כולל קביעה של תעריפים המשקפים את עלותם.

#### מחסור במרדימים ובאחיות חדר ניתוח

במדינת ישראל יש מחסור ברופאים מרדימים ובאחיות חדר ניתוח<sup>49</sup>. מחסור זה מגביל את מספר הניתוחים המבוצעים בבתי החולים הן בשעות הבוקר והן כססיות אחר הצהריים, ואין הוא מאפשר להפעיל חדרי ניתוח נוספים<sup>50</sup>.

46 בעניין זה ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54 כב (2004), בפרק "שברי צוואר הירך אצל קשישים", עמ' 424 ואילך.

47 הנהלת ברזילי מסרה למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2008 כי נוכח פניית מנהל מחלקת עיניים ועקב הצטברות של כ-500 מטופלים לניתוחי קטרקט שהמתינו לניתוח כשנה, הוספו ימי ניתוחים בשעות הבוקר, לרבות בימי שישי.

48 לדברי משרד האוצר, סיכום זה נכלל בתיקון חקיקה במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2008.

49 ראו בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי", עמ' 355.

50 לדוגמה, המחסור באחיות חדר ניתוח גרם לאי-פתיחת שני חדרי ניתוח חדשים בסוראסקי, והם אינם מופעלים למרות קיומן של תשתיות פיזיות. הדבר גורם לעומס על חדרי הניתוח הקיימים ולהתארכות ההמתנה לניתוחים.

### תקרת ההכנסות של הרופאים

לפי תקנות התאגידים, יש מגבלת שכר לרופאים מנתחים שעובדים גם בתאגידים, ובייחוד לאלה אשר נוסף על עבודתם בבית החולים ובתאגידים הם עוסקים בעיסוק נוסף<sup>51</sup>. לפיכך מוגבלת יכולתם לבצע ססיות ולסייע בקיצור משך ההמתנה לניתוחים.

הנהלת שיבא מסרה לנציגי משרד מבקר המדינה כי הבעיה קיימת בכל המקצועות שיש בהם מחסור ברופאים מנתחים. במקצועות הללו - לדוגמה, במחלקת אורתופדיה אונקולוגית, במחלקות אונקולוגיות אחרות ובמחלקות רדיותרפיה, אורתופדיה, נוירוכירורגיה וקרדיולוגיה - אין די רופאים לשיבוץ בססיות, ויכולת קיצור משך ההמתנה מוגבלת.

### תקרת ההכנסות של בתי החולים ושל תאגידי הבריאות

משרד הבריאות ומשרד האוצר קובעים מדי שנה בשנה תקרת הכנסות הן לבתי החולים והן לתאגידי הבריאות, וזאת כדי להגביל את הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות. ולכן לפעמים כדי שלא לעבור את תקרת ההכנסות, לקראת סוף שנה הנהלות בתי החולים והנהלות התאגידים דוחות ניתוחים לשנה הבאה.

### השפעת עמדת מנהלי מחלקות על נכונות המנתחים לבצע ססיות

בבתי החולים יש מנהלי מחלקות המעודדים את הרופאים לבצע ססיות ולקצר את משך ההמתנה לניתוחים, אך יש מנהלי מחלקות שאינם מעודדים את הדבר<sup>52</sup>, וזאת מפאת תגמול שאינו מספק או בשל העדפת הרופאים לעבוד אחר הצהריים מחוץ לבתי החולים (באופן פרטי או בקופות החולים), עיסוק שבו התגמול גבוה במידה ניכרת. העדפות שונות של מנהלי המחלקות הן סיבה נוספת לפער בין המחלקות בביצוע ססיות ובקיצור משך ההמתנה לניתוחים.

### זמן המתנה ארוך לניתוחים - השלכות

מנהלים של מחלקות שונות מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה כי אף על פי שבמקרים רבים ההמתנה לניתוח אינה מסכנת את חייו של החולה או את בריאותו, וגם אם לעתים אי-אפשר לאמוד את הנזק ולכמתו, בשל ההמתנה הארוכה החולה סובל ממתח ומלחץ נפשי, ויש לכך השלכות על איכות חייו ואף השלכות רפואיות, כפי שפורט לעיל. יצוין כי לדעת הרופאים, במקרים מסוימים יש הצדקה רפואית לדחיית ניתוח<sup>53</sup>, ולעתים יש צורך בהתארגנות לפני הניתוח לתקופת החלמה ממושכת<sup>54</sup>.

51 עיסוק נוסף למעט בתחום המחקר או ההוראה.

52 כך לדוגמה מחלקה אורתופדית אחת בסוראסקי מעודדת ביצוע ססיות, ואילו מחלקה שנייה אינה מעודדת זאת.

53 כגון ניתוח לתיקון פזילה עקב שיתוק עצב.

54 כגון בניתוחים אורתופדיים שונים.

נוסף על זה, בשל ההמתנה הארוכה לניתוח, רבים מן הממתינים - ובעיקר בעלי אמצעים כספיים או אלה שברשותם ביטוח רפואי פרטי או שהם חברים במסגרת שירותי הבריאות הנוספים (להלן - שב"ן) של קופות החולים - פונים לחלופות כגון הרפואה הפרטית.<sup>55</sup> חולים נטולי אמצעים כספיים או ביטוחים כאמור לעיל ממתינים לניתוח בבית החולים חודשים ארוכים, ובכך אף נוצרת פגיעה בשוויון על פי החוק. פנייה לניתוחים פרטיים עלולה גם לפגוע בתהליך ההתמחות של המתמחים ברפואה בכתי החולים הציבוריים, מכיוון שבעטייה הם אינם נחשפים לניתוחים המבוצעים באופן פרטי, ועל כן אינם יכולים ללמוד מהם.

### **היעדר מידע במשרד הבריאות על משך ההמתנה לניתוחים, קשיים בהכנת אומדן למשך זה והצורך בקביעת אמות מידה לתורים**

#### **א-א-איסוף מידע**

34 בתי החולים הכלליים<sup>56</sup> הם משאב לאומי ציבורי. בדוח מבקר המדינה מ-2003<sup>57</sup> נאמר כי המשרד אינו אוסף נתונים על משך ההמתנה לניתוחים ועל מספר הממתינים לניתוחים. לו היה בידיו מידע זה, יכול היה המשרד לייעל את תהליך הפניית החולים לניתוח בבית חולים זה או אחר ולווסת אותם באופן שהחולה לא יצטרך להמתין זמן רב לניתוח מסוים בבית חולים אחד שעה שבבית חולים סמוך משך ההמתנה לניתוח קצר בהרבה. מבקר המדינה העיר באותו הדוח כי על המשרד לפעול - ישירות או באמצעות קופות החולים (להלן - הקופות) - ליצירת מאגר מידע שיאפשר לרופאים הכלליים, למומחים במרפאות הקהילה של כל קופות החולים ולציבור כולו לקבל מידע אמין בדבר מועדי הניתוחים בבתי החולים שמהם אפשר לבחור במסגרת הסדרי הבחירה שנקבעו על ידי קופות החולים. מערכת בקרה וויסות מרכזית במשרד הייתה מאפשרת למשרד ולקופות לדעת מה קורה ביתר בתי החולים ולטפל בבעיית ההמתנות לניתוחים על ידי ויסות החולים<sup>58</sup> ובמידת הצורך גם לפעול לשינוי תעריפי פעולות. הדבר היה גם מאפשר לקופות להתקשר עם עוד ספקי שירות שמבצעים את אותן הפעולות שלביצוען ממתינים זמן רב.

דוח של הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ופיתוח (להלן - ה-OECD)<sup>59</sup> קבע כי מדינות רבות השקיעו במהלך השנים מאמצים רבים באיסוף מידע על זמני ההמתנה לניתוח במדינתם, וחלקן מפרסמות מידע זה באתרי האינטרנט של המוסדות הרפואיים כדי לאפשר למטופלים לבחור בין המוסדות.

במאי 2007 הודיע המשרד<sup>60</sup> כי לצורך קביעת אמות מידה למשך ההמתנה המרכיב לכל מיני ניתוחים עשה המשרד בבתי החולים סקר לבחינת משך ההמתנה לפרוצדורות שכיחות; המשרד מכין תכנית

55 אפשר לראות עלייה בביצוע ניתוחים דרך השב"ן בבחינת עלות התביעות בפרק "ניתוחים ובחירת מנתח" בתכניות השב"ן של הקופות, שהייתה בשנת 2006 כ-582,000 ש"ח, ובשנת 2005 - כ-573,000 ש"ח - עלייה של 1.5%, דוח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2006, משרד הבריאות, יולי 2008.

56 בתי חולים לאשפוז כללי (לרבות ממשלתיים), בתי חולים של הכללית, בתי חולים ציבוריים, בתי חולים של הדסה ושל המיסיון.

57 מבקר המדינה, דוח שנתי 2005, בפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים" (להלן - דוח שנתי 2005) בעמ' 465.

58 נאמר גם בוועדת הכנסת.

59 Organisation for Economic Co-operation and Development - הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ופיתוח, המאגר כ-30 מדינות. הדוח של ה-OECD הוזכר במסמך שהכין המרכז למחקר ומידע של הכנסת בנושא "זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים בבתי חולים" מינואר 2007 אשר הוגש לוועדת הכנסת.

60 בהערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 2007 ממאי 2007, עמ' 437.

לרישום זמני המתנה בבתי החולים ובקהילה ולמעקב אחריהם. במאי 2008 הודיע המשרד<sup>61</sup> כי נוכח מורכבות נושא מדידת הזמנים לניתוחים מתוכננים הוחלט לשקול להתחיל מעקב שיטתי אחר תורים, וזאת כחלק מפרויקט מדדי האיכות של קופות החולים. בשלב ראשון ייבחנו מועדי הביקורים אצל רופאים מומחים ממקצוע אחד ותורים לניתוחים בתחום שכיח אחד, וזאת כדי לעמוד על ההיבטים הטכניים, הסטטיסטיים והאחרים של הנושא.

**עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2008, לא חלה התקדמות בנושא, לא נעשה הסקר ולא גובשה תכנית.**

בתשובותיו למשרד מבקר המדינה מספטמבר ומדצמבר 2008 העלה משרד הבריאות ספק בדבר הנחיצות באיסוף המידע. כן השיב המשרד כי יש צורך ביחידת בקרה ייעודית על בתי החולים, אבל הנושא לא תוקצב ולא תוקנן על ידי משרד האוצר. האגף לרפואה כללית במשרד הבריאות עוסק בנושא הבקרה כחלק ממטלותיו, אך כוח האדם והאמצעים העומדים לרשותו לשם כך מצומצמים. בקשות שהפנה למשרד האוצר לתקצב כוח אדם נענו בשלילה, ועל כן הוא נאלץ לתעדף את המשימות לפי מדיניות שנקבעת על ידי שר הבריאות והנהלת משרד הבריאות.

**משרד מבקר המדינה מעיר כי מידע משמש כלי ניהולי. מכיוון שהמידע על משך ההמתנה לניתוחים בבתי החולים ועל מספר הממתינים לניתוחים אינו מרוכז בידי המשרד, אין המשרד יכול לדעת ממה נובעת ההמתנה הממושכת, אין ביכולתו לבחון חלופות להתמודדות עם משך ההמתנה הארוך ואין ביכולתו לתת לכך פתרונות.<sup>62</sup>**

#### קושי בהכנת אומדן של תורי ההמתנה

##### הסדרי הבחירה של קופות החולים

הסדרי הבחירה והיקפם<sup>63</sup> נקבעים על ידי קופות החולים מכוח סעיף 23(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק) ומכוח תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005. בהסתמך על הסדרי הבחירה, לא תמיד נותנות חלק מקופות החולים התחייבות כספית (טופס 17) לניתוחים בבתי חולים מסוימים. במקרים אלה חולים המבקשים להירשם לניתוח אינם יודעים אם יקבלו התחייבות מקופת החולים. יש בתי חולים הדורשים מהחולה להציג התחייבות מהקופה כדי להכניסו לתור ההמתנה.<sup>64</sup>

**במצב זה, שבו יש חשש שמא לכמה מהחולים הממתינים לא יינתן טופס התחייבות, תורי ההמתנה אינם משקפים את מספר הממתינים בפועל.**

61 בהערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 2008 ממאי 2008, עמ' 481.  
 62 גם בוועדת הכנסת נאמר כי מרכז המחקר והמידע של הכנסת הוא שאסף מידע על זמני ההמתנה לניתוחים, וזאת מאחר שבמשרד הבריאות לא נאסף מידע זה.  
 63 קופות החולים רשאיות להתקשר עם מוסדות הנותנים שירותים רפואיים ובהתאם להגביל את הפניית מבוטחיהן למוסדות אלו.  
 64 כפי שהציג ח"כ אריה אלדר בוועדת הכנסת, עמ' 16 בפרוטוקול.

רישום חולים לניתוח בכמה בתי חולים בעת ובעונה אחת

חולים רבים נרשמים לניתוח בכמה בתי חולים מכמה סיבות: במקרים שבהם אינם בטוחים שיקבלו טופס התחייבות מקופת חולים כאמור, כדי לקבל את התור הראשון שיתפנה, מאחר שטרם החליטו היכן הם רוצים להתנתח, או משום שרופא הקופה הפנה אותם לבית חולים מסוים גם אם אין בכוונתם להתנתח שם. יש לציין כי הנושא הועלה כבר בדוח ביקורת קודם<sup>65</sup>.

גם מסיבה זו תורי ההמתנה בבתי החולים אינם משקפים תמיד את מספר הממתינים בפועל. זהו עוד קושי שעל המשרד להתמודד אִתו בעת ריכוז תורי ההמתנה לניתוחים.

ניהול התורים לניתוחים על ידי המחלקות

במרכזים הרפואיים שיבא, סורסקי וברזילי התורים לניתוחים מנוהלים ישירות ובלעדית על ידי המחלקות, כך שחולה המבקש לקבוע תור לניתוח פונה למזכירות המחלקה. המחלקות אמורות ליידע את הנהלות המרכזים הרפואיים אם התור חורג ומתארך, וזאת בלי שהוגדרו מדדים ברורים לסבירות התור ולחריגה ממנו. יש לציין כי הנושא הועלה כבר בדוח ביקורת קודם<sup>66</sup>.

יוצא שהנהלות המרכזים הרפואיים אינן מודעות לתורים שבמחלקות אלא אם מנהלי המחלקות מיידעים אותן.

פרסום תורי המתנה לניתוחים

לא נמצא שהמשרד מפרסם מידע על התורים לניתוחים. פרסום כזה יאפשר לחולים, לקופות החולים ולרופאים להשתמש במידע, וכך רופאי קופות החולים ידעו לאיזה בית חולים להפנות את החולה, וחולים ישקלו אם כדאי להם לפנות לבית חולים אחר ולקבל תור מוקדם יותר, בעיקר באזורים שבהם פועלים כמה בתי חולים. כך יהיה אפשר לווסת את התורים ולצמצם את זמני ההמתנה. משרד מבקר המדינה כבר העיר על כך בדוח ביקורת קודם<sup>67</sup>.

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי רופאי קופות החולים מודעים בדרך כלל לתחומים שבהם זמן ההמתנה ארוך, וכל חולה יכול לקבל מידע זה גם בבתי החולים שבהם הוא מעוניין להתנתח.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי ברוב בתי החולים שנבדקו יש רק דרך אחת לברר מידע זה, והיא - לפנות באופן ישיר לכל אחת מהמחלקות המנתחות המבצעות את אותו ניתוח. אלא שלא תמיד החולה יודע להגדיר בדיוק את סוג הניתוח שהוא נזקק לו או לאיזו מחלקה לפנות, ורופאי קופות החולים אינם מבררים זאת עבור החולים. פרסום התורים יאפשר לקופות החולים, לרופאי קופות החולים ולחולים לקבל מידע זמין ולהשוות את זמני ההמתנה בבתי החולים השונים.

65 דוח שנתי 53ב, עמ' 468.

66 דוח שנתי 53ב, עמ' 466.

67 דוח שנתי 53ב, עמ' 469.

### קביעת אמות מידה לזמני המתנה לניתוחים

סעיף 3 לחוק קובע כי קופות החולים נדרשות לספק שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות "לפי שיקול דעת רפואי באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח".

בדוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2003<sup>68</sup> נאמר כי "לצורך ניהול העבודה בחדרי הניתוח בבתי החולים, ראוי שהמשרד יקבע אמות מידה בדבר משך ההמתנה המרבי לכל סוג של ניתוח מתוכנן. המשרד לא קבע תקן כזה. אמות מידה בתחום זה נחוצות בין השאר לשמש כלי למחלקות המנתחות, להנהלות של חדרי הניתוח ושל בתי החולים הכלליים ולמשרד עצמו למדידה ולהשוואה לצורך בקרה וייעול העבודה בחדרי הניתוח". בהקשר זה עולה השאלה ממתי יש לאמוד תור המתנה - האם מרגע שהרופא החליט שיש לבצע ניתוח או מהרגע שהחולה נכנס לרשימת ההמתנה<sup>69</sup>? מנגד, יש בתי חולים הקובעים תור לניתוח לפני שמתקבלת התחייבות מהקופה, והחולה נכנס לרשימת ההמתנה, אך אם החולה לא יקבל התחייבות מהקופה, התור לניתוח יתבטל<sup>70</sup>.

משרד מבקר המדינה פנה במהלך הביקורת הנוכחית למשרד הבריאות בשאלה באיזו מידה חלה מאז התקדמות בנושא. בדצמבר 2008 ענה המשנה למנכ"ל המשרד, ד"ר בועז לב, כי למעשה אין בארץ בעיה של תורים לניתוחים, למעט לכמה סוגי ניתוחים במקומות אחדים; הניתוחים הדחופים מתבצעים מיד, וקביעת זמן ההמתנה נוגעת רק לניתוחים שאינם דחופים; בישראל זמן ההמתנה לניתוחים קצר בהשוואה למדינות אחרות שגם בהן אין מגדירים זמני המתנה באופן גורף. המשנה למנכ"ל הוסיף ואמר כי המשרד אינו סבור שעליו לקבוע אמות מידה למשך זמן ההמתנה המרבי לניתוחים, מכיוון שהדבר עלול להעניק לגיטימציה להארכת התורים הקיימים וליצור דרישה לתקני כוח אדם נוספים במקומות שבהם זמן ההמתנה ארוך יותר גם אם אין בכך בעיה מקצועית; אמות מידה לא ישנו את המצב הקיים, והן אף עלולות להרע אותו. המשנה למנכ"ל המשרד ציין כי יש קושי למדוד משך זמן המתנה כאשר הניתוח נדחה שוב ושוב מסיבות רפואיות, ואי-אפשר לקבוע אמות מידה במצב שבו ניתן ביטוי להעדפת החולה לקבל שירות בעיר מסוימת על ידי מנתח מסוים - מצב שבעטיו משך זמן ההמתנה למנתח ולמחלקה מסוימים יכול להתארך לעומת משך זמן ההמתנה למנתח ולמחלקה אחרים.

מבדיקת משרד מבקר המדינה עולה כי יש ניתוחים שלדעת מומחים ההמתנה להם עלולה לגרום לנזק בריאותי לחולים, כפי שפורט לעיל. על כן מן הראוי שהמשרד יפעל לצמצום זמני ההמתנה תוך הגדרת אמות מידה למשך זמן ההמתנה המרבי לכל סוג של ניתוח מתוכנן באופן שלא ייתן הכשר להארכתם של זמני המתנה, ויתמרץ את קיצורם.

### לימוד מהנעשה בעולם בנושא של המתנה ממושכת לניתוחים

מדינות בעולם המערבי כבר מתמודדות בכל מיני דרכים עם סוגיית הסדרת זמני ההמתנה לניתוחים. ממסמך שהכין המרכז למחקר ומידע של הכנסת ואשר הוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

68 דוח שנתי 253, עמ' 466.

69 בוועדת הכנסת בנושא זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים בבתי החולים עלתה השאלה מהו תור - האם מהרגע שהרופא אמר לחולה שהוא זקוק לניתוח או מהרגע שקופת החולים נתנה את ההפניה; זמן ההמתנה יוגדר ברוח ביקורת זה כפרק הזמן שבין יום כניסת החולה לתור הממתינים בבית החולים ועד יום ביצוע הניתוח.

70 ביטול מבעוד מועד שיאפשר לנצל את חדר הניתוח לניתוח אחר או ביטול ברגע האחרון שיגרום לאי-ניצול חדר הניתוח ולעתים גם לאי-ניצולו של הצוות הרפואי - תלוי במעקב שיבצע בית החולים אחר רשימת הממתינים. אותו חולה ינותח בבית חולים אחר שיש לו הסדר עם קופת החולים שלו, באמצעות השב"ן או באופן פרטי.

של הכנסת בינואר 2007 עולה כי זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים הם בעיה במדינות רבות בעולם. בדוח של ה-OECD משנת 2003 נאמר שבשנים האחרונות מדינות רבות פועלות לשיפור איסופו וניתוחו של המידע על זמני ההמתנה לניתוחים ולפעילויות רפואיות אחרות. הדוח מנה שני סוגים של חלופות מדיניות:

1. חלופות מדיניות המבוססות על הגדלת משאבים ועל האפשרויות שעומדות בפני מערכת הבריאות במדינה, כגון: (א) מתן תוספת תקציבית מיוחדת למוסדות הרפואיים למימון פעילות נוספת בתחום הניתוחים המתוכננים; (ב) הגדלת התגמול לבית החולים בגין הגדלת מספר הניתוחים המתוכננים; (ג) מתן תגמול או מענק למומחים העומדים ביעדים מוגדרים כגון הפחתת זמני ההמתנה; מתן תמריצים למוסד עצמו; הטלת סנקציה על מנהלי מוסדות רפואיים שלא עמדו ביעדים שנקבעו; הגבלת מומחים המועסקים במגזר הציבורי ומעוניינים לעבוד במגזר הפרטי, וזאת כדי למנוע את הארכת זמני ההמתנה שתוסיף על משיכת החולים למגזר הפרטי; (ד) שיפור ניהול התורים והתמקדות במספר הביטולים; (ה) הגדלת הפניות לניתוחי יום המפחיתים עלויות ואינם מגדילים תפוסת מיטות האשפוז; (ו) מימון הגדלת המשאבים במגזר הציבורי כגון פיתוח משאבים פיזיים והגדלת מספר הרופאים; (ז) הגדלת אפשרויות הבחירה לחולה אגב העברת חולים לאזורים שבהם זמני ההמתנה קצרים, ויסות זמני ההמתנה ועוד. תנאי מוקדם להנהגת מדיניות זו הוא מתן מידע זמין ומלא לחולים על זמני ההמתנה בכל בתי החולים.

2. חלופות מדיניות המבוססות על בקרה ועל ויסות הדרישות המופנות למערכת הבריאות במדינה, כגון: (א) ויסות הדרישות על ידי עידוד הרופאים לדרג את החולים על בסיס דחיפות רפואית והתאמת דרישות החולים ליכולות המוסד הרפואי; (ב) התחייבות לזמן המתנה מרבי שנקבע על ידי המדינה, ועוד.

בסיכום ישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת מ-13.2.07 (להלן - ועדת הכנסת) קראה הוועדה למשרד הבריאות לבחון את הפתרונות שאימצו מדינות אחרות בנושא ולגבש בתוך 90 יום תכנית שתיתן מענה לתופעה החמורה של המתנה ממושכת לניתוחים מתוכננים.

המשנה למנכ"ל המשרד מסר למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2008 כי כל קופה בודקת את התורים באופן שונה, וכי המידע בידיהן חלקי. לדבריו, הוא דן בנושא זה עם נציגי מכון ברוקדייל<sup>71</sup> ביולי 2008, ובדיון נקבע כי לקופות החולים תוצג סקירת ספרות מהעולם בנושא מדידת תורים כדי לבחון אפשרות לבצע מדידה אחידה למרות הקשיים הרבים ולמרות ההשלכות החמורות העוללות להיות לקביעת תקן מרבי או מזערי לתורים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי ראוי לקדם את הבדיקה בנושא, בייחוד נוכח העובדה שכבר העיר על כך בשנת 2003<sup>72</sup>.

71 מכון ברוקדייל הוא מכון מחקר הפועל כשותפות של הג'וינט העולמי, של ממשלת ישראל ושל קרן אינו ודוד מאיירס, והוא מבצע מחקרים בסוגיות חברתיות.  
72 דוח שנתי 53ב, עמ' 469.

### אחריות בתי החולים לנושא התורים לניתוחים

ריכוז המידע בנוגע לתורים לניתוחים, מינוי אחראי לנושא וקביעת נהלים

1. על פי חוזר מינהל רפואה מעודכן בנושא תורים לניתוחים משנת 2004 שהוציא המשרד (להלן - נוהל מעודכן בנושא תורים לניתוחים), על מנהל בית החולים לקבוע אחראי לנושא קביעת תורים לניתוחים מתוכננים.

בדוח מבקר המדינה מ-2003<sup>73</sup> נאמר כי על אף האמור בחוזר מינהל רפואה משנת 1988, בתי החולים לא מינו אחראי לקביעת תורים לניתוחים אלקטיביים - שמתפקידו יהיה לרכז את הטיפול בוויסות התורים ואת הפיקוח על כך, כל זאת בתיאום עם מנהלי המחלקות הכירורגיות - ולא קבעו נהלים בעניין. התורים לניתוחים מתוכננים נקבעים בדרך כלל בידי מנהלי המחלקות והיחידות המנתחות או בידי רופאים מטעמם, ואין על כך שום בקרה שוטפת. המשרד השיב אז כי האגף לביקורת פנים יבדוק את יישום הנוהל. עם הכנסת מערכת הנמ"ר<sup>74</sup> ייעשה ניהול זימון התורים באופן ממוחשב ואוטומטי. עוד מסר אז המשרד כי קופות החולים הן האחראיות לוויסות הפניות החולים לניתוחים ולמניעת היווצרות תורים.

הכללית מסרה למשרד מבקר המדינה בינואר 2009 כי במהלך שנת 2008 הטמיעה מערכת לניהול ממתנים לניתוחים בכל בתי החולים הכלליים, וההטמעה אמורה להסתיים במרס 2009. בד בבד נבנית מערכת המציגה את משך התורים ואת מספר הממתנים במחלקות בכל בתי החולים, ומשווה ביניהן. בשלב מאוחר יותר יונחו מנהלי בתי החולים לדווח להנהלת המחוז המוביל<sup>75</sup> על זמני המתנה ארוכים. להנהלת המחוז המוביל תהיה אפשרות לעקוב אחר המידע אודות תורים חריגים ולהציע למטופלים אפשרות לעבור לבתי חולים חלופיים. תיבדק גם האפשרות להעביר את המידע לרופא המטפל.

מכבי השיבה בינואר 2009 כי אין ברשותה שום מידע על אודות זמני המתנה לניתוחים מתוכננים בבתי החולים.

לאומית מסרה בינואר 2009 כי בתי החולים קובעים את הצורך בניתוח, והקופה אינה מקבלת מבית החולים מידע מרוכז. רק בסמוך למועד הניתוח פונה המבוטח לסניף הקופה לקבלת התחייבות. לקופה אין מאגר מידע על זמני המתנה לניתוחים מתוכננים. מידע כזה היה יכול לסייע לה בהכוונת החולים הממתנים לניתוחים לבתי החולים השונים.

מאוחדת מסרה בנובמבר 2008 כי המחלקה בבית החולים היא הקובעת את הצורך בניתוח ואת התור, ומידע זה אינו מועבר לקופה.

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי קופות החולים הן האחראיות למצוא פתרונות לחולים בתוך פרק זמן סביר, ובמקרים מסוימים הן אחראיות גם לפתח שירות שחסר למבוטחים.

מזן הראוי כי המשרד יסדיר עם מכבי, לאומית ומאוחדת את נושא המידע באשר למשך ההמתנה לניתוחים כמו שעשתה הכללית.

73 ש.ש.

74 נמ"ר - ניהול מערכות רפואיות - מערכת ממוחשבת לניהול תחומים רבים בפעילות של 11 בתי החולים הממשלתיים.

75 המחוז המוביל - המחוז המייצג את כל מחוזות הכללית הנמצאים בהתקשרות עם אותו בית חולים.



עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2008, לא בדק המשרד אם אמנם מונו בכתי החולים אחראים לקביעת תורים לניתוחים; אם המידע הנוגע לתורים לניתוחים מרוכז באופן שוטף בהנהלות בתי החולים, ואם בכלל אפשר לעשות שימוש במידע זה לפתרון בעיית ההמתנה הממושכת לניתוח. עד מועד סיום הביקורת נמצא גם כי אין בכתי החולים ניהול ממוחשב של תורים במערכת הנמ"ר.

בביקורת עלה כי בסוראסקי המידע בנוגע לתורים הקיימים לניתוחים נמצא רק בידי מנהלי המחלקות, וממילא אין הוא מרוכז בידי הנהלת בית החולים באופן שיטתי וממוחשב; מנהלי המחלקות אמורים ליידע את הנהלת בית החולים אם חולים נדרשים להמתין לניתוח יותר משלושה חודשים; מערכת הנמ"ר עדיין לא בנויה באופן שמאפשר לתת להנהלת בית החולים בכל זמן נתון תמונה מדויקת של התורים לכל הניתוחים ובכל המחלקות<sup>76</sup>. בשיבא מצוי הנושא באחריות מנהל אדמיניסטרציה רפואית של בית החולים, והוא מיודע בתורי ההמתנה לניתוחים, אולם המידע אינו מרוכז בידיו באופן ממוחשב. בנהרייה מונתה אחראית לנושא, והיא מנהלת במרוכז את קביעת כל התורים לניתוחים שמבוצעים בבית החולים. בברזילי אין אחראי לקביעת תורים לניתוחים, ואלה מנוהלים על ידי מנהלי המחלקות אשר מדווחים להנהלת בית החולים במקרה של עלייה במשך ההמתנה לניתוחים. בברזילי אין תיעוד מרכזי ממוחשב של תורים לניתוחים, וההנהלה בחנה במועד הביקורת אפשרות לתעד את התורים במערכת הנמ"ר.

2. בנוהל המעורכן בנושא תורים לניתוחים נקבע כי על מנהל בית החולים לקבוע נהלים לנושא התורים לניתוחים מתוכננים בבית החולים - נהלים שיכללו מדדים הניתנים לכימות ולבקרה - והשיקול הרפואי-קליני יהיה השיקול הבלעדי לקביעת מועד התור. הנהלים יפורסמו בדרך שתבטיח שיובאו לידיעת סגל בית החולים, ועל מנהל בית החולים לדווח למשרד על הכנתם<sup>77</sup>.

בביקורת הועלה כי בשיבא, בסוראסקי ובברזילי לא נקבעו נהלים בנושא תורים לניתוחים. בנהרייה נקבע בסוף שנת 2006 נוהל להפניית חולים לניתוחים אלקטיביים, אולם הוא אינו כולל מדדים כלשהם.

המשנה למנכ"ל המשרד מסר למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2008 כי בתי החולים לא דיווחו למשרד על הכנת נוהל לנושא תורים לניתוחים, והמשרד אף לא עקב אחר קביעת נוהל כזה בכתי החולים הממשלתיים.

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי הנושא ייבדק במהלך הביקורת לחידוש רישוי בתי החולים מינואר 2009 ואילך.

#### ביטול ניתוחים שאינו מתועד

ניתוחים מתוכננים מתבטלים לעתים פעמים מספר, וזאת מכל מיני סיבות: צורך בביצוע ניתוח דחוף; שיבוץ יתר של ניתוחים, שנובע מחשש שניתוחים מתוכננים יבוטלו וחדרי הניתוח יעמדו

76 תוכנה כזאת מצויה בתהליך פיתוח, וסוראסקי ביקש להכניס אליה יישום זה. התוכנה תצטרך לתת פתרון לכך שהגדרת סוג הניתוח הנדרש עלולה להשתנות מיום ליום על פי הבדיקות הרפואיות שיבצע החולה, ולא תמיד אפשר לדעת מראש ובדיוק איזה ניתוח יש לבצע. כמו כן, לשם הכנסת יישום זה נדרשת הקצאת משאבים על ידי המשרד.

77 בבדיקה קודמת של מבקר המדינה נמצא כי בתי החולים לא קבעו נהלים בעניין למרות האמור בחוזר מינהל רפואה של המשרד משנת 1988. דוח שנתי 53, עמ' 469.

ריקים; או מסיבות רפואיות ואחרות הקשורות לחולה<sup>78</sup>. בדוח מבקר המדינה מ-2003<sup>79</sup> נאמר כי ניתוחים רבים מתבטלים בידי המחלקה המנתחת או על ידי החולה שעות אחדות לפני הניתוח, ביטול הגורם לאי-ניצול מרבי של חדר הניתוח, ולא תמיד אפשר לבצע ניתוח אחר בזמן שהתפנה. עוד נאמר בדוח ההוא כי על המשרד לבדוק את הסיבות לביטולים ולהציע לבתי החולים הן דרכים לצמצום התופעה והן שיטות שיאפשרו להקדים ניתוחים אחרים במקום אלה שבוטלו.

בנוהל המעודכן בנושא תורים לניתוחים נאמר כי בכל מקרה של דחיית תור לניתוח - אם בשל אי-הופעת המטופל ואם משום שבית החולים דחה את המועד - על מנהל המחלקה או מנהל המרפאה הכירורגית לוודא כי הסיבה לדחיית הניתוח תועדה ברשומת המטופל ובפנקס התורים.

מנהל בית החולים הכללי בסוראסקי, ד"ר רוני גמזו, מסר במהלך הביקורת הנוכחית כי חולה שמוזמן לניתוח בסוראסקי וניתוחו מתבטל, במערכת הנמר"ר אין רשומה רפואית ממוחשבת לתעד בה את ביטול הניתוח ואת הסיבה לביטול<sup>80</sup>. אם החולה מאושפז, סביר שביטול הניתוח נרשם בגיליון הרפואי שלו; בביקורת נמצא כי כמה מהמחלקות בשיבא מתעדות את ביטול הניתוח בספר התורים, אחרות - בתיקו הרפואי של החולה, ואחרות אינן מתעדות כלל; הנהלת נהרייה מסרה כי משבוטל תור על ידי מחלקה, הדבר מצוין ביומן התורים; הנהלת ברזילי מסרה כי כל דחייה של ניתוח מתועדת בגיליון הרפואי בציון הסיבה לדחיית הניתוח (רפואית או טכנית).

**בביקורת עלה שכל מרכז רפואי נוהג לפי הבנתו, ובכל המרכזים הרפואיים - למעט זה שבנהרייה - מחלקות שונות מתעדות את הביטולים באופן שונה או שאינן מתעדות כלל. עד מועד סיום הביקורת לא בדק המשרד בבתי החולים את יישום הנוהל שהוציא. תיעוד ביטולי ניתוחים חיוני למעקב אחר ניצול יעיל של חדר הניתוח.**

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי הנושא ייבדק במהלך הביקורת לחידוש רישוי בתי החולים מינואר 2009 ואילך.

### ניצול חדרי הניתוח בבתי החולים וביצוע ססיות חריגות

מידע על ניצול חדרי הניתוח בבוקר כתנאי לביצוע ססיות אחר הצהריים

בדוח מבקר המדינה מ-2003<sup>81</sup> נקבע כי המידע על הפעילות בחדר הניתוח וניצולו נחוץ גם כדי לוודא שחדרי הניתוח והצוותים הרפואיים מנוצלים באופן מיטבי בשעות העבודה המקובלות, ושרק לאחר מכן מופנים חולים לניתוחים אחר הצהריים. באותו הדוח נאמר כי אף על פי שאין למשרד מידע כאמור, הוא מאשר לתאגידים להפעיל את חדרי הניתוח אחר הצהריים. המשרד השיב אז כי אין לו מידע על תפוקת חדר הניתוח של בתי החולים הכלליים הממשלתיים ואין הוא מפקח עליהם בנושא זה, והתקבלה החלטה להקים יחידת בקרה על תחום זה לכשינתן המימון לנושא.

**במועד סיום הביקורת הנוכחית - חמש שנים לאחר שפורסם הדוח מ-2003 - נמצא כי אין במשרד יחידת בקרה, למשרד אין מידע כאמור, והוא לא בחן את מידת ניצול חדרי הניתוח.**

78 לדוגמה אי-קבלת התחייבות מקופת חולים, ביצוע הניתוח באופן פרטי ועוד.

79 דוח שנתי 2003, עמ' 473.

80 אם החולה ביקר במרפאה לפני הניתוח, תיקו במרפאה אינו קשור למערכת קביעת תורים לניתוחים, ולכן אינו רלוונטי.

81 דוח שנתי 2003, עמ' 466.

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי יכלול נושא זה בתכנית העבודה של יחידת הבקרה באמצעות ביקורת של משרד רואי חשבון.

**תגמול צוותים רפואיים בשכר מלא לססיות עבור ניתוחים שהחלו בשעות הבוקר**

על פי תקנות התאגידיים, תאגיד הבריאות לא יבצע בבית החולים לפני השעה 15:00 שום פעילות שעניינה מכירת שירותי בריאות. משרד מבקר המדינה בדק בחודשים ינואר-פברואר 2008 בסוראסקי את הניתוחים שביצע תאגיד הבריאות. להלן הממצאים:

נמצא כי מכ-600 הניתוחים שבוצעו בחודשים דלעיל, 18 ניתוחים (3%) שבוצעו במסגרת התאגיד באמצע השבוע - בעיקר ניתוחי ראש וניתוחים בתחום אורתופדיה אונקולוגית - החלו זמן רב לפני השעה 15:00 ונמשכו אחרי השעה 15:00<sup>82</sup>. יצוין כי ברוב הניתוחים (16 מ-18) תוגמלו הצוותים הרפואיים בשכר מלא לססיה, אף על פי שרוב הניתוחים החלו בשעות הבוקר המוקדמות (8:00 או 10:00).

משרד מבקר המדינה מעיר כי ניתוחים שמתחילים בשעות הבוקר צריכים להתבצע במסגרת בית החולים גם אם אין הם מסתיימים עד השעה 15:00. האפשרות לבצע ניתוחים במסגרת התאגיד נועדה לקצר תורים בבית החולים ולנצל באופן יעיל יותר את חדרי הניתוח בשעות אחר הצהריים - לא כדי לתגמל צוותים רפואיים וסיעודיים עבור ניתוחים ארוכים שמתחילים בשעות הבוקר ומסתיימים אחר הצהריים. אמנם היקף התופעה אינו גדול - מדובר בניתוחים אחדים מתוך מאות ניתוחים - אך יש לראות בחומרה את התופעה של ניצול התאגידיים כדי לתגמל רופאים על פעילות שהחלה בשעות הבוקר. נוצר גם כפל תשלום לאותן שעות עבודה.

**תגמול צוותים רפואיים בשכר מלא לססיות עבור ניתוחים שבוצעו ביום שישי בשעות הבוקר**

שעות העבודה ביום שישי בבוקר הן חלק משעות העבודה של הרופאים בבתי החולים. ביצוע ססיות בשעות אלה נוגד את תקנות התאגידיים. גם לקיחת יום חופשה לצורך ביצוע ססיות מנוגדת לתקנות התאגידיים. משרד מבקר המדינה מצא כי בסוראסקי בוצעו ביום שישי בשעות הבוקר 26 ניתוחים (4.3%) מכ-600 הססיות שבוצעו בחודשים ינואר-פברואר 2008.

סמנכ"ל משאבי אנוש בסוראסקי מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי באחד מ-26 הניתוחים השתתפו שני רופאים המועסקים במשרה חלקית, והם אינם מחויבים לעבוד ביום שישי בבית החולים; ובניתוח אחר השתתף רופא שאינו מועסק בבית החולים אלא רק בתאגיד הבריאות; יתר הרופאים שהשתתפו ב-26 הססיות מועסקים במשרה מלאה בבית החולים.

82 מנהל בית החולים הכללי סוראסקי ציין כי בחודשים אלה בוצעו כ-2,600 ניתוחים בשעות הבוקר וכ-600 בתאגיד, ו-18 הניתוחים הנ"ל הם רק כ-0.6% מכלל ניתוחי הבוקר. מלבד זאת, בשנת 2008 11.5% מניתוחי הבוקר "גלשו" לשעות אחר הצהריים והערב ללא תשלום נוסף לרופאים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי בשני ניתוחים אלה השתתפו גם רופאים המועסקים בבית החולים במשרה מלאה, ולא היה מקום לשבצם באותו ניתוח. נוצר כפל תשלום לאותן שעות עבודה. מכל מקום, הנהלת בית החולים בדקה את היקפי המשרה של אותם רופאים רק לאחר שמשרד מבקר המדינה העלה את ממצאיו.

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי הסכם הפעילות והתקנות אכן קובעים חד-משמעית את מסגרות הזמן של פעולת תאגיד הבריאות. נוכח ממצאי משרד מבקר המדינה בכוונת המשרד להעמיק את הביקורת בנושא זה במסגרת תכנית העבודה של יחידת הבקרה באמצעות ביקורת של רואי חשבון.

#### עבודה בתאגידי הבריאות בזמן כווננות ותורנות בבית החולים

כאמור, לאחר שעות העבודה הנהוגות בבתי החולים וכן בשבתות ובחגים פועל במחלקות האשפוז ובחדרי המיון של בתי החולים מערך של תורנים וכווננים. בינואר 2003 הוציא מינהל רפואה במשרד הבריאות חוזר בעניין "חובות הרופא הכונן", ולפיו במשך הכווננות הרופא הכונן אחראי לפעילות הרפואית ביחידה הארגונית שבה הוא כונן, בכפוף למדיניות הרפואית של מנהל המחלקה ושל הנהלת המוסד, ובמשך הכווננות צוות המחלקה (ובכלל זה הרופא התורן והאחיות) כפוף רפואית לרופא הכונן. על הרופא הכונן לענות מיד לכל קריאה מהמוסד, ובמקרה של קריאה דחופה, על הכונן להתייצב בבית החולים במהירות האפשרית ולא יאוחר מ-30 דקות מהקריאה. עליו להתייצב בבית החולים גם אם לא התבקש לכך במפורש, אם מהמידע שהגיע לידי, על פי שיקול דעתו, יש צורך בכך.

יש לציין כי משרד מבקר המדינה כבר בדק את נושא הכווננות בבתי חולים ממשלתיים אחדים והעלה כל מיני ממצאים<sup>83</sup>.

לפי תקנות התאגידיים, עובד בית החולים לא יועסק בתאגיד בריאות בשעות שבהן הוא עובד בבית החולים או נמצא בכווננות או בתורנות מתוכננת בעבודתו בבית החולים. משרד מבקר המדינה בדק במרכז הרפואי סוראסקי אם רופאים מנתחים ומרדימים בבית החולים השתתפו בססיות באמצעות התאגיד בזמן שהיו כווננים או תורנים בבית החולים. נבדקו 600 הססיות שנעשו בחודשים ינואר-פברואר 2008. להלן הממצאים:

בסוראסקי נמצאו 67 ססיות (11.1% מ-600) שבהן 23 רופאים מארבע מחלקות קיבלו שכר בעת שהיו בכווננות מחלקה או בכווננות מיון, וחמש ססיות (0.8% מ-600) שבהן ארבעה רופאים קיבלו שכר בעת שהיו בתורנות.

בתגובה לשאלות שהעלו עובדי משרד מבקר המדינה ובמהלך תקופת הביקורת כתב מנהל בית החולים הכללי בסוראסקי למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2008 כי הביקורת העלתה נושא שבו לא בוצעה ביקורת שגרתית ומסודרת; הנהלת המרכז הרפואי העירה על כך למנהלי המחלקות; תקנות התאגידיים האוסרות לבצע ססיות בזמן כווננות או תורנות מחייבות את המרכז הרפואי להפחית את

83 עשרות רופאים מבתי החולים עסקו בפרקטיקה פרטית או בעבודה פרטית כגון מתן שירות למבוטחי קופות חולים בעת שהיו בכווננות - ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2008, בפרק "סוגיות בסדרי מינהל בבתי חולים", עמ' 371 ואילך; בניגוד להוראת התקשי"ר, המנחה בנושא ניהול יומן כווננות במחלקות ובחדרי המיון של בתי החולים, אין רושמים לא את שמות הרופאים הכווננים (בכווננות מתוכננת) המתייצבים בבית החולים במהלך הכווננות לאחר שקיבלו פנייה מהרופא התורן או מגורם אחר בבית החולים, ולא את זמן בוים - ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2008, בפרק "כווננות בשירות המדינה", עמ' 73 ואילך.

התגמול עבור הכוננים באותם מקרים, והמרכז הרפואי החל בתהליך זה; נוכח הביקורת מתוכנן דוח לאיתור חפיפות בין דיווחי הכוננויות והתורנויות ובין דיווחי הססיות, וזאת כדי למנוע כפל תשלום; במקרים שבהם בוצעו ססיות בזמן תורנות ייבדק אם הייתה החלפת תורנות עם רופא אחר או אם הוחזר התגמול.

**משרד מבקר המדינה מעיר כי ביצוע ססיות על ידי רופאים בעת ביצוע כוננויות - וחמור מכך, בעת תורנויות - מנוגד לתקנות התאגידיים ופוגע בעבודת הרופאים וביכולתם למלא את תפקידם ככוננים וכתורנים. כפל התפקידים באותן השעות עלול לגרום נזק לחולים המטופלים בבתי החולים. על הנהלת סוראסקי לוודא כי מקרים כאלה לא יישנו.**

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי הנושא הועלה במסגרת פגישה עם נציב שירות המדינה והוחלט לקיים עבודת מטה כדי לבחון מחדש את הנחיות תקנות התאגידיים מול כללי תקנון שירות המדינה (להלן - התקשי"ר).

#### אי-ניצול מיטבי של חדרי ניתוח

חדרי הניתוח הם משאב יקר בבית החולים. בשל הצורך להפריד בין הפעלתם בידי בית החולים להפעלתם בידי תאגידי הבריאות נוצר מצב של חוסר ניצול מרבי של חדרי הניתוח. להלן פירוט:

ממחלקת לב-חזה בסוראסקי נמסר כי בחדרי הניתוח המשמשים את המחלקה מבצעים ניתוחים האורכים בדרך כלל חמש-שש שעות, ועל כן מספיקים לבצע בבוקר ניתוח אחד בלבד. לא מתחילים בשעה 13:00 ניתוח חדש, שצפוי להימשך גם הוא שעות ארוכות, כדי שלא לחרוג אל מעבר לשעת העבודה האחרונה של צוות חדר הניתוח (15:00). כמו כן, לא תמיד מנצלים את השעות שנותרו פנויות בחדר זה ומתחילים ניתוח קצר בתחום אחר באותו חדר ניתוח, מכיוון שהדבר עלול לגרום לזיהום בנייתוחי הלב-חזה הבאים.

**כך יוצא שלעיתים עומדים חדרי ניתוח אלה ריקים שעתים-שלוש, עד לתחילתן של הססיות בשעה 15:00.**

מנהל בית החולים הכללי בסוראסקי השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי בשנים האחרונות יש עלייה בשימוש בחדרי ניתוח של מחלקת לב-חזה על ידי מחלקות אחרות, מ-295 ניתוחים ב-2001 ל-425 ניתוחים ב-2008. עם זאת, מחלקות אחרות משתמשות בחדרים אלה פחות מבחדרים אחרים, וזאת מסיבות הנוגעות לסטריליות. בית החולים עושה כל מאמץ לנצל את חדרי הניתוח ניצול מיטבי למרות העלייה בשיעור הניתוחים הדחופים, הגורמים לשיבוש לוח הזמנים המתוכנן של הניתוחים האלקטיביים.

**משרד מבקר המדינה מעיר כי הוא ער לשיפורים שהוכנסו. עם זאת, עקב ההפרדה המלאכותית בין בתי החולים לתאגידי הבריאות יש חוסר ניצול מיטבי של חדרי ניתוח. הפעלת חדרי הניתוח ברצף הוא ניצול יעיל של משאב יקר זה ולכך יש לשאוף.**



במרכזים הרפואיים שנבדקו נמצאו ניתוחים שלדעת מומחים זמן ההמתנה להם עלול לגרום לנזק בריאותי לחולים; הסיבה העיקרית להתארכות משך ההמתנה היא היעדר מחיר דיפרנציאלי הכרוך בחוסר כדאיות כלכלית לקיצור תורים על ידי תאגידי הבריאות; תורי המתנה ארוכים גורמים להחמרת המצב הרפואי של החולים ולכך שחלקם פונים לחלופות אחרות כגון הרפואה הפרטית או הביטוחים המשלימים בקופות החולים, ובכך נפגע גם השוויון המתבקש על פי החוק.

המשרד לא הגדיר אמות מידה לסבירות משך ההמתנה לניתוחים; המשרד אינו אוסף מידע על תורי ההמתנה לניתוחים, ובכך אינו מאפשר לווסת חולים בין בתי החולים; אין תיעוד ורישום בבתי החולים בנוגע להיקף ביטולי ניתוחים הן כיוזמת בית החולים והן כיוזמת החולים עצמם; על המשרד לבחון גם את הנעשה בעולם בנושא זה ולמצוא פתרונות לבעיית התורים לניתוחים. בהנהלות המרכזים הרפואיים סוראסקי וברזילי אין ריכוז של מלוא המידע הנוגע לתורי המתנה לניתוחים, בניגוד לנוהל של המשרד; בתי החולים לא הוציאו נהלים בנושא ההמתנה לניתוחים.

בסוראסקי בוצעו ססיות בימי שישי בשעות הבוקר, אף על פי שמדובר בשעות עבודת המנתחים בבית החולים ואף על פי שהדבר מנוגד לתקנות התאגידיים; באמצע השבוע שולם לצוותים הרפואיים תגמול מלא לססיות, אף על פי שרוב שעות הניתוחים היו בשעות הפעילות של בית החולים; בסוראסקי בוצעו ססיות על ידי רופאים שהיו בכוננות ובתורנות; בסוראסקי אין ניצול יעיל של חדרי הניתוח שבהם מבוצעים ניתוחים ארוכים של מחלקת לב-חזה בשל ההפרדה המלאכותית בין בתי החולים לתאגיד הבריאות. ראוי שהמשרד והנהלת סוראסקי יבחנו את האמור לעיל.

## שכר עובדי תאגידי הבריאות

בית החולים פועל לפי כללים שחלים על גופים ממשלתיים, ובהם התקשי"ר והוראות תקנות כספים ומשק (להלן - התכ"ס), ואילו תאגיד הבריאות פועל בתנאים גמישים יותר, למשל בתחומי גיוס כוח אדם ופיטורים. תקינת הרופאים בבתי החולים מבוססת על מספר הרופאים שיש לשבץ בכל מחלקה, בכל יחידה, בכל מכון ובכל מרפאת חוץ של בית החולים<sup>84</sup>. תקינת הרופאים ומפתחות התקינה הנהוגים בבתי החולים מעוגנים בהסכמים קיבוציים שנחתמו משנת 1976 ואילך בין הר"י ובין המעסיקים הגדולים - הממשלה, הכללית והסתדרות מדיצינית הדסה. התקינה בבתי החולים אינה משקפת את הצרכים ואת הפעילויות שלהם, ותאגידי הבריאות, באמצעות כוח אדם משלהם, מסייעים לבתי החולים, כך שנוצר מעין "מנגנון עוקף תקני כוח אדם".

המשרד - שהוא בעצם הבעלים של המרכזים הרפואיים והמפעיל שלהם - אינו מפקח על העסקת כוח אדם בתאגידיים. מעמדת הר"י עולה שהמנגנון לעקיפת מנגנון עדכון התקנים בבתי החולים, שנוצר באמצעות תאגידי הבריאות, גורם לחוסר שליטה במערכת התקינה, ומקשה על הגורמים האחראים לכך להתמודד עם מנגנון עדכון התקנים.

84 ראו בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי", עמ' 355.

המשרד השיב בינואר 2009 כי אין אפשרות להתאים ולעדכן תקינה לפחות עד שנת 2010. העסקה דרך התאגיד נותנת מענה חלקי להעסקת כוח אדם בשל העדר מנגנון כיום לעדכון תקנים.

### בקרה על שכר העובדים בתאגידי הבריאות

חלק מהעובדים המועסקים בתאגידי הבריאות בשעות אחר הצהריים מועסקים גם בבית החולים בשעות הבוקר<sup>85</sup>. חלק מעובדי התאגידיים מקבלים שכר לפי פעולה (ססיה) ולא לפי משרה, בדרך כלל עבור ניתוחים, צנתורים ועוד.

תנאי עבודתם ותנאי השתכרותם של עובדי תאגידי הבריאות מפורטים בהרחבה בתקנות התאגידיים. השכר שישולם לכל עובד לא יעלה על סכום שכרו בבית החולים, למעט חריגים. שכרו של עובד שאינו עובד בית החולים לא יחרוג מרמת השכר המקובלת בתאגיד הבריאות לעובדי בית החולים מאותו תחום, בעלי רמת ניסיון וותק דומים. הוצאות השכר בתאגידי הבריאות הסתכמו בכ-560 מיליון ש"ח (46% מסך ההוצאות)<sup>86</sup>. לפי תקנות התאגידיים, על תאגיד בריאות להעביר לשר הבריאות מדי חודש בחדשו את רשימת עובדי התאגיד ושכרם, בחלוקה לתחומי עיסוק.

חשבות המשרד החלה לעשות בקרה על שכר עובדי התאגידיים בשנת 2005. מדוחות הבקרה שנעשו בשנים 2005-2007 עלו הממצאים האלה:

הנתונים שעל פיהם מבקרת החשבות את שכר עובדי התאגידיים הם חלקיים<sup>87</sup>; לא כל תאגידי הבריאות מסרו לחשבות נתוני שכר לשנים 2006 ו-2007 במתכונת שהיא ביקשה; נבדקו נתוני שכר של עובדים המועסקים בתאגידיים ובבתי החולים שלידם ולא של אלה המועסקים בתאגידיים בלבד; לא נבדק שכרם של עובדי המחקר בתאגידי הבריאות; לא נבדק שכרם של רופאים בבית החולים ששכרם נמוך מ-100,000 ש"ח בשנה, ולא נבדק שכרם של עובדים במגזר הפרה-רפואי ששכרם נמוך מ-80,000 ש"ח בשנה. יוצא אפוא שבקרת השכר שעושה המשרד אינה מלאה ואינה יעילה.

### שקיפות בשכר

זה שנים רווחת בארץ ובעולם המגמה להגביר את שקיפות השכר הציבורי, ובתוך כך נדרשים ארגונים למטרות רווח ושלא למטרות רווח להרחיב את המידע שנמסר לציבור בעל העניין. מאמצע שנות התשעים של המאה העשרים מדווח הממונה על השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר (להלן - הממונה על השכר) לכנסת מדי שנה בשנה על הוצאות השכר של גופים מתוקצבים<sup>88</sup> וגופים

85 רופאים, אחיות, עובדים פרה-רפואיים ועובדי מינהל ומשק (מנמ"ש). כך לדוגמה, בסוף שנת 2007 הועסקו בשיבא 6,081 עובדים, מהם 3,399 בבית החולים, 1,756 (29% מכלל עובדי המרכז הרפואי) בתאגיד הבריאות, ו-926 גם בבית החולים וגם בתאגיד (15% נוספים). בסוראסקי הועסקו 5,422 עובדים, מהם 3,397 בבית החולים, 1,058 (19% מכלל עובדי המרכז הרפואי) בתאגיד, ו-967 גם בבית החולים וגם בתאגיד (18% נוספים).

86 ההוצאות הסתכמו בשנת 2006 בכ-1.2 מיליארד ש"ח, ניתוח פיננסי 2000-2006 בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות, חשבות משרד הבריאות, 11/07.

87 כך למשל, ברוח בקרת השכר לשנת 2007 שנערך ביולי 2008 נאמר שתאגיד הבריאות בני ציון לא הגיש נתונים לחשבות.

88 "גוף מתוקצב" - תאגיד, רשות מקומית, מועצה דתית, בנק ישראל, חברה ממשלתית וחברה עירונית.

נתמכים<sup>89</sup> (להלן - דוח על השכר), וזאת על פי סעיף 33א לחוק יסודות התקציב. בדוח על השכר מוצג שכר העובדים בחלוקה לשלוש קבוצות עיקריות: בעלי תפקידים<sup>90</sup>, קבוצת מקבלי שכר גבוהה כהגדרתם בדוח, ויתר העובדים המועסקים בדירוגים השונים. כמו כן מציג הדוח את חריגות השכר לכאורה בכלל הגופים המתוקצבים והנתמכים. מתחילת המאה ה-21 נוספו קופות החולים לרשימת הגופים הציבוריים שהמונה על השכר כולל בדוחותיו, ומהדוחות עולה כי רופאים ומנהלים בקופות החולים הם בעלי השכר הגבוה במשק. הממונה על השכר מפרסם גם נתוני שכר של עובדים בשירות המדינה (עובדי מדינה) ששכרם ברוטו גבוה מ-25,000 ש"ח לחודש.

1. שכר כולל לעובדי תאגידים במרכזים הרפואיים: בשנת 2006 תוקנו תקנות התאגידים כך שנאמר בהן שסעיף 33א לחוק יסודות התקציב יחול על תאגיד בריאות כאילו היה גוף נתמך או גוף מתוקצב כאמור באותו סעיף, וסעיפים 33ב ו-33ג לחוק יחולו לעניין זה<sup>91</sup>. בתחילה התנגדו לכך מנהלי תאגידי הבריאות, אך במחצית השנייה של שנת 2006 ובתחילת שנת 2007 הם ניאוו למסור את נתוני שכר העובדים בתאגידים לממונה על השכר. רק במאי 2008 חתם משרד האוצר על הסכם עם חברה לעיבודי שכר שמחשבת את שכר עובדי התאגידים. לפי ההסכם החברה תעביר לו את הנתונים האמורים, כולל נתוני שכר היסטוריים מינואר 2004.

עד מועד סיום הביקורת לא היו בידי משרד האוצר נתונים על שכר עובדי תאגידי הבריאות, וממילא נתונים אלה טרם נכללו בדוח על השכר לשנת 2006 שפרסם הממונה על השכר בדצמבר 2007. בהקשר זה יש לציין כי נתונים על אודות שכרם של חמשת בעלי השכר הגבוה בתאגידים נמסרים לרשם העמותות, ומהם עולה שהשכר השנתי של רופאים אחדים בתאגיד הבריאות בשיבא הוא 650,000-845,000 ש"ח ברוטו לכל רופא, ובתאגיד הבריאות בסוראסקי - 690,000-840,000 ש"ח ברוטו לכל רופא<sup>92</sup>, ומידע זה אינו כלול בפרסומי הממונה על השכר. לממונה על השכר ולמדינה אין מידע נאות ומקיף על שכרם הכולל - מבית החולים ומהתאגיד גם יחד - של עובדים רבים במערכת הבריאות, שהוא שכר לא נמוך, ואין מידע על שכרם של בכירים נוספים במרכזים הרפואיים שמכהנים בבית החולים ובתאגיד הבריאות (ראו להלן בפרק "העסקת עובדי מדינה כמנהלי תאגידי הבריאות"). משמעות הדבר היא שעדיין אין שקיפות בנתוני השכר של עובדי תאגידי הבריאות.

הממונה על השכר, מר אילן לוי, השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי בימים אלה הגיעו לידיו חלק מנתוני השכר, והם נמצאים בבדיקה; הוא צופה שעד תום השנה יהיו לו נתוני שכר מלאים על כל המועסקים בתאגידים, כך שבדוח על השכר הבא - לשנת 2008 - יופיעו נתוני שכר השוואתיים על אודות השנים 2007 ו-2008.

2. הצגה כוללת של שכר הרופאים: יש לציין כי חלק מרופאי בתי החולים הכלליים עובדים גם במרפאות קופות החולים בשעות אחר הצהריים כרופאים עצמאיים, וחלקם אף מנתחים את עמיתיהם תכניות השב"ן בבתי חולים פרטיים. חלקה הגדול של מערכת הבריאות הוא ציבורי. שכר זה יכול שיהיה גבוה מאוד.

89 "גוף נתמך" - תאגיד שהממשלה משתתפת בתקציבו במישרין או בעקיפין, ושר האוצר קבע בעניינו בהודעה ברשומות כי הוא גוף נתמך לעניין חוק זה.

90 "בעל תפקיד" - יו"ר וחבר דירקטוריון או מועצה, או הנהלת הגוף המתוקצב או הגוף הנתמך, לפי העניין, וכן מנהל כללי, משנה למנהל כללי או סגן מנהל כללי; מנהל ענייני כספים, מזכיר, מהנדס עיר, מבקר פנימי, יועץ משפטי וכל מנהל אחר הכפוף במישרין למנהל הכללי וכל הממלא תפקיד כאמור, אף אם תוארו שונה; וכן כל בעל תפקיד אחר שייקבע בתקנות.

91 לעניין ההגדרה "בעל תפקיד" שבסעיף 33א(ד) לחוק, בתאגיד בריאות שהוא עמותה יראו ביו"ר של ועד העמותה או בחבר ועד העמותה כאילו הוא יו"ר דירקטוריון או חבר דירקטוריון.

92 0.05% מהמועסקים בתאגיד יכולים להשתכר עד פי ארבעה מהשכר בבית החולים.



הממונה על השכר מפרסם את נתוני השכר של קופות החולים ושל בתי החולים הממשלתיים בנפרד, ובעצם אין פרסום מרוכז של שכרם הכולל של הרופאים במערכת הבריאות - שכר המשולם כולו מהקופה הציבורית - משום שהוא מתקבל מכמה מעסיקים - מבתי החולים, מהתאגידים ומקופות החולים - בעת ובעונה אחת. יוצא שלמשרד הבריאות ולמשרד האוצר אין ראייה כוללת של שכר הרופאים במשק. הדבר עלול לפגום בקבלת החלטות בנוגע לצעדי המדיניות שהם רוצים לנקוט.

הממונה על השכר השיב בנובמבר 2008 כי יבחן את ההצעה לפרסם את השכר הכולל של הרופאים.

### העסקת עובדי מדינה כמנהלי תאגידי הבריאות

לפי תקנות התאגידיים, כמה בעלי תפקידים בבית החולים - ובהם מנהל בית החולים, מנהלו האדמיניסטרטיבי, הגזבר וקצין התקציבים שלו - לא יעבדו בתאגיד בריאות ולא ימלאו בו שום תפקיד, בין שבשכר ובין שלא בשכר. ואולם התקנות מאפשרות למנות את מנהלו האדמיניסטרטיבי של בית החולים לעובד התאגיד בתנאים אחדים: אישור שר הבריאות מראש; היקף הפעילות הכספית של התאגיד קטן מ-15% מהיקף הפעילות של בית החולים; גזבר בית החולים יהיה שותף בכל החלטה של המנהל האדמיניסטרטיבי היכולה להשפיע על היקף ההכנסות של בית החולים או של התאגיד.

שכר המנהלים האדמיניסטרטיביים בבית החולים ובתאגיד הבריאות

בביקורת עלה כי בתאגידי הבריאות אסף הרופא, ברזילי, הלל יפה, זיו ופוריה מכהנים המנהלים האדמיניסטרטיביים של בתי החולים כמנהלי התאגידיים. שכרם השנתי הכולל (בבית החולים ובתאגיד) של כל אחד מהמנהלים האדמיניסטרטיביים בבתי החולים שבמרכזים הרפואיים אסף הרופא, ברזילי והלל יפה בשנים 2006-2007 היה מאות אלפי ש"ח (ועד כ-710,000 ש"ח ברוטו לשנה, כלומר כ-59,000 ש"ח לחודש<sup>93</sup>). בה בעת, אותם העובדים השתכרו בתאגיד עד 50% משכרם בבית החולים. בבתי החולים שבמרכזים הרפואיים זיו ופוריה לא שילם התאגיד שכר למנהלים האדמיניסטרטיביים<sup>94</sup>. המנהל האדמיניסטרטיבי בבית החולים זיו מסר למשרד מבקר המדינה כי בגלל שילוב פעילות התאגיד במרכז הרפואי אין הוא סבור שעליו לקבל שכר גם מהתאגיד.

1. יש לציין כי בעניין עבודה פרטית קובע התקשי"ר<sup>95</sup> כי מספר שעות העבודה הפרטית בשבוע מוגבל ל-25% ממסדת שעות העבודה בשבוע הנהוגה במקום עבודתו של העובד.

93 המידע נלקח מטופס ריכוז משכורת לכל שנת מס (טופס 106).

94 עד 31.12.06 כיהן המנהל האדמיניסטרטיבי הקודם בבית החולים פוריה כמנהל התאגיד, ומפברואר 2005 ועד סוף שנת 2006 הוא לא קיבל שכר מהתאגיד. מינואר 2008 אושר למנהל האדמיניסטרטיבי החדש בפוריה להשתכר בתאגיד 10,000 ש"ח בחודש.

95 הודעה מס' סז/2 של נציב שירות המדינה, מר שמואל הולנדר, מיום 25.11.06, שבה מתוקן פרק 42.4 לתקשי"ר.

משרד מבקר המדינה בחן את עמידת המנהלים האדמיניסטרטיביים במגבלה זו והעלה כי באוגוסט 2004 פטר סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש במשרד, מר דב פסט, את המנהלים האדמיניסטרטיביים מחובת החתמתו של שיעון הנוכחות בתאגיד הבריאות, בניגוד לתקנות התאגידים<sup>96</sup>. כיוון שעבודת התאגיד שלובה בפעילות המרכז הרפואי כולו, יש קושי לדעת אם הם עומדים במגבלות התקשי"ר לעניין מכסת שעות העבודה. וזאת - אף אם לא היו פטורים מחובת ההחתמה.

2. מנתוני השכר של מנהלי תאגידי בריאות אלה לשנת 2007 עולה שיש הבדל בין שכרם ובין שיעורו מתוך היקף הכנסות התאגידים. כך למשל, שכרו של מנהל תאגיד מסוים גבוה במידה ניכרת מזה של מנהלי התאגידים אחרים, אף על פי שהיקף הכנסות של אותו תאגיד הוא הנמוך שבהם. היקף הכנסות התאגידים זיו ופוריה, שכאמור לא שילמו שכר למנהלים, דומה לזה של התאגידים שבהם שילמו למנהלים שכר גבוה.

3. ביוני 2007 הוציא הממונה על השכר חוזר בדבר שכרם המרבי של עובדים בכירים בקופות החולים. מטרת הוצאת החוזר הייתה לקבוע תנאי העסקה ותנאי שכר מרביים לעובדים הבכירים בקופות החולים, על פי כללים אחידים שיעמדו בדרישות סעיף 29 לחוק יסודות התקציב<sup>97</sup>. בעלי התפקידים הבכירים הוגדרו: מנכ"ל, משנה למנכ"ל, סמנכ"ל, ראש אגף, מבקר פנים, יועץ משפטי, דובר ואחרים. שכרו של המנכ"ל נגזר מ"רמת הקופה", המוגדרת על פי היקף פעילותה - מספר מבוסחיה והיותה בעלים של בתי חולים. שכרם של בעלי התפקידים הבכירים נקבע כשיעור מסוים משכר המנכ"ל, והוא יהיה 40%-90% משכר המנכ"ל. על פי החוזר האמור, השכר החודשי המרבי הכולל למשרה מלאה למנכ"לים בקופות החולים נקבע ל-55,000-60,000 ש"ח, על פי רמת הקופה. עוד יצוין, כי שכרו של רופא מנהל ממשלתי מרכז רפואי היה בשנת 2007 כ-55,000 ש"ח<sup>98</sup>.

אשר על כן, כל עוד המרכזים הרפואיים כלולים במגזר הממשלתי-ציבורי, ראוי שייקבעו תנאי שכר ותנאי העסקה לבעלי תפקידים בכירים בבתי החולים, המשמשים גם בתפקידים ניהוליים בתאגידים. תנאים אלה ייגזרו, בין היתר, משכר מנהלי המרכזים הרפואיים או מהיקף פעילותם של מרכזים אלה ושל תאגידי הבריאות שלהם. היקף זה יכול שייקבע לפי היקף האוכלוסייה שהם משרתים ועל פי מחזור הכנסותיהם בשנים האחרונות, וזאת נוסף על התנאים הקיימים בתקנות התאגידים.

הממונה על השכר השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי כבר יש בתקנות התאגידים מגבלה על גובה השכר שיכול המועסק להשתכר, אולם לאחר ניתוח נטוני השכר של עובדי התאגידים יבחנו את ההצעה לקבוע עוד כללים לבעלי תפקידים בכירים, בכפוף להסדרתם גם בתקנות התאגידים.

96 לפי תקנות התאגידים, תאגיד הבריאות יחייב את עובדיו לדווח על שעות עבודתם באמצעות החתמת שיעון נוכחות אלקטרוני, ככל שחובה כזאת חלה על עובדי בית החולים הנמנים עם אותו מגזר מקצועי. לפי הנחיית הסמנכ"ל למינהל, מנהל אדמיניסטרטיבי המועסק בתפקיד זה גם בתאגיד הבריאות מחויב להחתים שיעון נוכחות אלקטרוני פעמיים ביום, בתחילת העבודה ובסיומה. ההחתמה נוגעת לכל שעות עבודתו, הן השעות בשירות המדינה והן השעות בתאגיד. בהנחייה נאמר שמנהל אדמיניסטרטיבי מחויב להיקף שעות שלא יפחת מ-41.5 שעות שבועיות בתוספת 3.5 שעות נוספות, כשהן מבוצעות ברציפות. רק שעות עבודה נוספת מעבר ל-45 השעות השבועיות הן שעות עבודה לפעילות בתאגיד הבריאות.

97 הסעיף קובע: "גוף מתוקצב או גוף נתמך כהגדרתו בסעיף 32 לא יסכים על שינויים בשכר, בתנאי פרישה או בגמלאות או על הטבות כספיות אחרות הקשורות לעבודה ולא ינהיג שינויים או הטבות כאמור, אלא בהתאם למה שהוסכם או הונהג לגבי כלל עובדי המדינה או באישורו של שר האוצר."

98 דוח הממונה על השכר, ינואר 2009.

העסקת מנהל תאגיד הבריאות בנהרייה

1. אפשרות לניגוד עניינים: לפי תקנות התאגידים, כאמור, כמה בעלי תפקידים בבית החולים, ובהם הגזבר וקצין התקציבים שלו, לא יעבדו בתאגיד בריאות ולא ימלאו בו שום תפקיד, בין שבשכר ובין שלא בשכר, למעט חריגים.

בביקורת עלה כי מנהל בית החולים נהרייה ויו"ר התאגיד, ד"ר מסעד ברהום, מינה עובד לשמש גם בתפקיד מנהל תאגיד הבריאות וגם בתפקיד מנהל תחום כלכלה רפואית בבית החולים (להלן - מנהל תחום כלכלה). מהשוואת הגדרת תפקידו של מנהל תחום כלכלה להגדרת תפקידו של קצין תקציבים - תפקיד שכבר קיים ממילא בבית חולים נהרייה - עלה שלשני התפקידים יש מאפיינים משותפים רבים בתחום הכנת תקציב והבקרה עליו, ניתוח נתונים תקציביים וסטטיסטיים, בחינת הליכי עבודה, בחינת דרכי ייעול ועוד.

יוצא שתפקידו של מנהל תחום כלכלה קרוב מאוד במהותו - כמעט חופף - לתפקידו של קצין תקציבים, אשר מי שממלא אותו אינו יכול, כאמור, להתמנות לעובד בתאגיד בריאות. אחריות על תקציב בית החולים כוללת את תכנון התקציב, את עמידת בית החולים בתקציבו וביעד הכנסותיו, בקרה על כך, ועוד. גם תפקיד מנהל תאגיד בריאות כולל אחריות לכך בתקציב התאגיד. מכאן שלעבודתו של מנהל תחום כלכלה ייתכן ניגוד עניינים עם עבודתו של מנהל תאגיד הבריאות. היה ראוי שלא למנות את מנהל תחום הכלכלה לתפקיד מנהל התאגיד.

מינוי המנהל החדש אושר בוועד המנהל של התאגיד בסוף דצמבר 2007, ובאמצע ינואר 2008 נדון ואושר שוב. שכרו נקבע לסך של 11,000 ש"ח ברוטו לחודש. מנהל בית החולים ויו"ר התאגיד הסביר בדיון בוועד המנהל בינואר כי המינוי נעשה עקב ניהול כושל של התאגיד, שהביא לגירעון בסוף שנת 2007. סגן מנהל בית החולים הביע בדיון את הסתייגותו מהמינוי ואמר כי "ניצול הרזרבות יסולק" לאחר שיתקבלו כספים ששולמו לבניית מחלקת טיפול נמרץ כללי ולתכנון חדר המיון<sup>99</sup>, יפוטרו 11 עובדי אחזקה ותיבדק מחדש חיוניות המועסקים בתאגיד. היועץ המשפטי של התאגיד אמר בדיון ש"ניתן לבצע את המינוי משפטית ואף ציבורית, זוהי משרת אמון, מינוי אמת, ולא כתוספת שכר אלא על עבודה אמתית. תפקיד ניהולי מקובל ומושתת על יחסי אמון, ללא ציון מספר שעות, ובסמכותו של מנהל בית החולים להגדיל את משרתו [של העובד] מעבר ל-25%. יש להתייחס פרופורציונאלית לשכר, אולם בסמכותו של מנהל בית החולים לאשר שכר חריג".

הוועד המנהל לא עסק בדיון בשאלת התאמת התפקיד של מנהל תחום כלכלה לתקנות התאגידים. משרד הבריאות ידע על מינוי העובד לשני התפקידים בעת ובעונה אחת, אך לא פעל לבטל את אחד המינויים כדי למנוע את האפשרות לניגוד עניינים.

2. מינוי בבית החולים: ימים אחדים לפני שהתמנה לתפקיד מנהל התאגיד התקבל העובד לבית חולים נהרייה ללא מכרז<sup>100</sup> לתפקיד מנהל תחום כלכלה - תפקיד שלא היה קיים בבית החולים קודם לכן<sup>101</sup> - בשכר חודשי של כ-12,000 ש"ח. המינוי אושר על ידי נש"מ בינואר 2008. מקום עבודתו הקודם היה בית החולים האיטלקי בנצרת, שמנהל נהרייה היה מנהלו קודם לכן.

99 מתחילת המאה ה-21 סייע התאגיד לבית החולים בבנייה, ולכן קטנו עודפיו הכספיים.  
 100 התקשי"ר מאפשר למנות ממלא מקום ללא מכרז, אך קובע מגבלות.  
 101 בית החולים המיר משרה של אלונקאי בבית החולים לצורך הגדרת משרתו של מנהל תחום כלכלה.

יש לציין, כי חוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, כללי שירות המדינה (מינויים) (מכרזים, בחינות ומבחנים), התשכ"א-1961 והוראות התקשי"ר מתווים את דרך המלך לגיוס ולקידום של עובדים בשירות המדינה: הכרזה על משרה פנויה ואיושה באמצעות מכרזים. הוראות התקשי"ר קובעות כי נש"מ תאשר העסקה לפני מכרז רק במקרים יוצאים מן הכלל. בג"ץ קבע כי העסקת עובדים לפני מכרז פוגעת פגיעה של ממש בעיקרון של מתן הזדמנות שווה לכל המועמדים<sup>102</sup>.

העובד כיהן בתפקיד מנהל תחום כלכלה בבית החולים בנהרייה במועד סיום הביקורת, וחווה העסקתו הוארך עד סוף דצמבר 2008. יש לציין כי באישור העסקה מהנש"מ שהופנה להנהלת בית חולים נהרייה בינואר 2008 נאמר שיש לפעול באופן מְדִי לפרסום מכרז למשרה.

עד מועד סיום הביקורת לא פרסם בית חולים נהרייה מכרז למשרה. מנהלת משאבי אנוש בבית החולים מסרה לנציגי משרד מבקר המדינה בספטמבר 2008 כי המכרז לא פורסם מכיוון שנש"מ לא אישרה את תיאור התפקיד. בניגוד לאמור בתשובה זו השיב סגן נציב שירות המדינה, מר יוסי קינר, למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי עד ספטמבר 2008 היה תיאור התפקיד תקף ומאושר.

עוד יש לציין כי בניגוד לאמור בתקנות התאגידים, מנהל תאגיד הבריאות בנהרייה לא החתים תמיד את שעון הנוכחות, אף על פי שלא קיבל פטור מהמשרד<sup>103</sup>.

לאחר שהוחלט למנות את מנהל תחום כלכלה לתפקיד מנהל תאגיד הבריאות החליט הוועד המנהל של התאגיד למנות את המנהל הקודם של התאגיד למינהלן התאגיד, ובפברואר 2008 החליט הוועד המנהל להעסיקו ממרס אותה שנה בשכר מופחת<sup>104</sup>.

מנהל נהרייה השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2008 כי נוכח הערת משרד מבקר המדינה, בדבר האפשרות לניגוד עניינים בין תפקידו של מנהל תחום כלכלה בבית החולים לתפקידו כמנהל התאגיד, הוא החליט להעסיק את העובד כמנהל התאגיד בלבד בשכר חודשי של 25,000 ש"ח.

משרד מבקר המדינה מעיר כי שכר זה גבוה מהשכר ששולם לעובד עבור מילוי שני תפקידים, הן כמנהל תחום כלכלה בבית החולים והן כמנהל התאגיד. יש לציין כי מדובר בתאגיד שהיקפו הכספי השנתי הוא כ-20 מיליון ש"ח, והוא מהווה כ-4% מהיקף הפעילות של בית החולים שליט<sup>105</sup>.



102 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 256 (2006), בפרק "מכרזים לאיוש משרות בכמה משרדי ממשלה", עמ' 249.

103 ראו הערה 96 לעיל.

104 שכר גלובלי בסך 8,000 ש"ח ברוטו בחודש. עד סוף שנת 2007 הועסק המינהלן במשרה מלאה כמנהל התאגיד בדירוג כזה ששכרו ברוטו בחודש פברואר 2008 הסתכם בכ-13,000 ש"ח.

105 לשם השוואה יש לציין כי בתאגיד אחר שהיקפו הכספי השנתי הוא כ-500 מיליון ש"ח, המהווים כמחצית מהיקף פעילותו של בית החולים שליט, שכרו של מנהל התאגיד הוא כ-34,000 ש"ח.

הבקרה על שכר העובדים בתאגידי הבריאות אינה מלאה ואינה יעילה. ראוי שהיא תיעשה בידי הממונה על השכר, והוא יכלול את שכר העובדים בתאגידי ברוח שהוא מפרסם על השכר בגופים הציבוריים. כן ראוי שייקבעו כללים לשכר מרבי ולתנאי העסקה למנהלי תאגידי הבריאות, הן לבעלי תפקידים בכירים במרכזים הרפואיים שעובדים בבתי החולים ובתאגידי הבריאות והן לאלה שעובדים בתאגידי בלבד.

## הסכמים בין תאגידי הבריאות לקופות החולים בנושא העסקת רופאים

לפי תקנות התאגידיים, "עובד תאגיד הבריאות או עצמאי המועסק גם בבית החולים לא יתחיל את שעות עבודתו בתאגיד הבריאות, בטרם השלים את מכסת שעות עבודתו היומית בבית החולים, לפי הסכמי השכר החלים עליו... ולא לפני השעה 15:00".

מתחילת המאה ה-21 חתמו הקופות עם רבים מתאגידי הבריאות על הסכמי שיתוף פעולה, ולפיהם רופאים בבתי חולים ממלאים תפקידים במרפאות הקופות במסגרת שעות העבודה בבית החולים, משמע עד השעה 16:00. את התמורה בעד שירותיהם של רופאים אלה מעבירות הקופות לתאגידי הבריאות שליד אותם בתי חולים, ואלה מעסיקים תחתם מתמחים במחלקות שרופאיהן עובדים במרפאות הקופות (לעתים בהיקפי משרה גדולים מהיקף המשרה שנותן רופא בית החולים במרפאות הקופות. לדוגמה, רופא מומחה אחד כנגד שני מתמחים).

לפי נתוני חשבות המשרד, המבוססים על נתונים לשנת 2006 שמסרו מרכזים רפואיים, מדובר בשמונה מרכזים רפואיים (שיבא, זיו, פוריה, רמב"ם, וולפסון, אסף הרופא, בני ציון והלל יפה) ובכ-50 משרות עובדים. בביקורת נמצא שגם בסוראסקי יש הסדרים כאלה מול הקופות בנוגע לכ-70 רופאים, שחלקם עובדי בית החולים בכל מיני שיעורי משרות. גם בברזילי יש הסדרים כאלה עם כל הקופות בנוגע לכ-20 רופאים.

כך לדוגמה, בספטמבר 2000 חתמו תאגידי הבריאות בשיבא ומאוחדת על הסכם למתן שירותי אבחון, בדיקה, ייעוץ וטיפול בתחום רפואת ילדים. לפי ההסכם יקצה התאגיד צוות קבוע של שני רופאים מומחים ברפואת ילדים או מתמחים בכירים עם גיבוי בעת היעדרויות. השירות ינתן במרפאת הקופה בבני ברק בהיקף של 60 שעות בשבוע, בימים ראשון-חמישי בשעות 8:00-19:00, וביום שישי בשעות 8:00-13:00. תמורת השירות תשלם הקופה לתאגיד עשרות אלפי ש"ח. תאגיד הבריאות בשיבא חתם על הסכמים כאלה לא רק עם מאוחדת אלא גם עם שלוש הקופות האחרות, ולפיהם הוא מקצה לארבעתן יותר משלושים רופאים - חלקם עובדי בית החולים, משמע עובדי מדינה. תאגיד הבריאות בשיבא חתם על הסכם כזה גם עם בית חולים מעייני הישועה בבני ברק - להפעלת מחלקה כירורגית. בכל ההסכמים נאמר, בין היתר, שהרופאים יועסקו בידי בית החולים או בידי תאגיד הבריאות, ולא יהיו בינם ובין הקופה יחסי עובד-מעביד. יש לציין כי לעתים מדובר ברופאים שהם עובדי התאגיד ולא עובדי בית החולים.

בשנת 2003 חתם תאגיד הבריאות בהלל יפה על הסכם דומה עם מנהל אזור שרון ושומרון דאז במאוחדת. על פי ההסכם, רופא בכיר המועסק כמנהל היחידה לכירורגיית ילדים ייתן שירות למבוטחי מאוחדת במרפאות הקופה ביישובים אחדים בשעות הבוקר. יש לציין כי במקרה זה עברה בשנת 2008 התמורה מהקופה אל בית החולים ולא אל תאגיד הבריאות, וזאת לפי הוראות חשבות המשרד (ראו בהמשך הדוח).

יוצא שהעסקת רופאים בשירות המדינה במרפאות הקופה מטעם תאגידי הבריאות בשעות הבוקר נוגדת את תקנות התאגידים.

בהתייחס לממצאי הביקורת ציינו מנהלי מרכזים רפואיים כי עבודת הרופאים בקופות מיועדת בין השאר למשוך את מבוטחיהן לבתי החולים שהם מועסקים בהם, וזאת כדי להגדיל בהם את ההכנסות. משרד מבקר המדינה מעיר כי רופא בית החולים המועסק בתקן ובמחלקה מסוימת, שמקבל שכר מאוצר המדינה בעבור מתן שירותים לכלל החולים הפונים בשעות העבודה הנהוגות במרכז רפואי, עובד בשעות אלה בקופה ומטפל בחולים של קופת חולים מסוימת.

מנהל שיבא, פרופ' זאב רוטשטיין, כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2007 כי המרכז הרפואי דוגל בחיבור עם הקהילה, ועל כן רופאיו יוצאים אל מחוץ לבית החולים, אל הקהילה. "ההסכמים שהושגו מקויימים על ידינו כחלק מהשגות מטרות בית החולים: מיצוב ומיתוג רופאי שיבא; השגת כוח אדם להפעלת בית החולים בכל התחומים בהם לא ניתנה תקינה; הסדרת הפניית חולים לבית החולים. בכל אחד מההסכמים מוסיפים נטו כוח אדם רפואי לבית החולים. האחריות למקום עבודת הרופאים ומשימותיהם היא על ההנהלה, היא גם זאת הרשאית להקצות רופא לסוג חולים או סוג מבטח או למשלמים פרטיים, או גם להוראה או גם למחקר ושילוב בין הנ"ל. לא ניתן לבצע הסכמים כאלה דרך המדינה, שיא כוח אדם מונע העסקה חלופית של רופאים בגין אלה שיצאו לקהילה, וקיימת הגבלה גם בכוח אדם ארעי במדינה שלא יכול להתממן מהכנסות. למרות ניסיונותינו בעבר לחפש פתרון יצירתי במסגרת המדינה, לא נמצא פתרון מערכתי." בינואר 2009 הוסיף מנהל שיבא כי מתן אישור לעבודת רופאי מדינה של בית החולים בקופות חולים הוא חלק מפעולה תקינה של בית חולים ציבורי. נושא כזה נמצא באחריותו ובסמכותו של מנהל בית החולים, והוא חלק ממדיניות בית החולים וממטרותיו, גם אם מדובר בבית חולים ממשלתי. בשיבא רואים את מכלול התועלות הנובעות מכך למערכת הבריאות, ובייחוד לציבור (לדבריו, "גם לתושבי אשדוד או קרית-גת מגיע קרדיולוג מומחה").

מנהל הלל יפה, ד"ר מאיר אורן, כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2007 כי "בית החולים נמצא בתחרות אל מול בתי חולים אחרים, וגם אל מול המבטחים הרפואיים עצמם, ומכאן שלעתים נוצר הצורך לשיתוף פעולה, כולל שליחת רופאים למרפאות הקופה. בתי חולים אחרים, כולל מרוחקים מאזור גושי דן וחיפה שולחים אף הם רופאים למרפאות הקופות באזור הניקוז הטבעי של בית החולים שלנו, כדי להפנותם לבית החולים בו הם מועסקים, במקרה של צורך באשפוז, ניתוח או פעולה המחייבת את מעורבות בית החולים. אין פגם ברצון להגדיל את מספר החולים המופנים אלינו, ודאי לא בתחום כירורגיית ילדים, שכן האלטרנטיבה היא זמן בטלה של הרופא או ניצול לא מיטבי של היקף המשרה או תפוסה נמוכה של מיטות האשפוז. כך מטופלים חולים הזקוקים לאשפוז בבית חולים הסמוך למקום מגוריהם, ואינם נלקחים ע"י רופאים אחרים לבתי חולים מרוחקים".

לדעת משרד מבקר המדינה, הסוגיה מורכבת ומעידה על הקושי הטמון בתקינת הרופאים בבתי החולים<sup>106</sup>, קושי אשר בא לידי ביטוי למשל באפשרות הנתונה בידי הנהלת המרכז הרפואי לוותר על שירותי רופא מסוים ולקבל במקומם שירותי רופאים אחרים, שעברו הכשרה פחותה (מתמחים לעומת מומחים), וכן בזמן בטלה של רופאים או בניצול לא מיטבי של היקף המשרה. הדבר עלול לפגוע בשירות הרפואי הניתן לחולים בבית החולים.

106 בעניין תקינת הרופאים ראו בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי", עמ' 355.

יש לציין כי אף על פי שמדובר לעתים ברופאי בית החולים, בית החולים אינו צד להסכם שבין תאגיד הבריאות לקופה. עוד יש לציין כי אף על פי שהתאגיד שוכר כוח אדם לטובת המחלקות שמהן יוצאים הרופאים, הרי שעניין זה אינו בא לידי ביטוי בהסכם הפעילות המסדיר את יחסי הגומלין בין בית החולים לתאגיד.

יש לציין כי בינואר 2007 הוציאה חשבות משרד הבריאות בעניין זה חוזר לגזברי בתי החולים הכלליים ולתאגיד הבריאות שלידם, ובו נאמר שיש לדרוש מהקופות להעביר את הכספים עבור רופאי בתי החולים ישירות לבתי החולים ולא לתאגיד הבריאות. עוד הודגש שם שאין באמור משום מתן הכשר לעצם הפעילות האמורה, וכי זהו עניין שיש להסדירו מול הגורמים המתאימים במשרד.

לפי נתוני חשבות המשרד ליולי 2008, הכספים עדיין מגיעים לתאגיד הבריאות ולא לבתי החולים (פרט להלל יפה ולסוראסקי). ההסכמים בין תאגיד הבריאות לקופות חייבו הסדרה של המשרד - הרגולטור - שכן הם מעלים סוגיות בכמה מישורים, כמפורט לעיל, דבר שלא נעשה.

### הסכמי פעילות והתחשבות בין תאגיד הבריאות לבתי החולים

על פי הנדרש בתקנות התאגידיים, בשנת 2004 חתמו בתי חולים הכלליים הממשלתיים עם תאגיד הבריאות שלידם על הסכמי פעילות. ההסכמים מגדירים את פעילות התאגיד, הן העצמאית והן המשותפת לו ולבית החולים, את יחסי הגומלין ביניהם ואת התמורה הכספית שישלם התאגיד לבתי החולים.

1. שיעורי התקורה: לפני שקובעים מכסות ושיעורים סביר שתיעשה עבודת מטה, ובתוך כך ייבחנו שיעורים חלופיים ויינתנו נימוקים בדבר השיעורים הסופיים שנקבעו. שיעורים אלה יכול שיהיו פרי של פשרה, אבל ההליך - על שיקוליו - ראוי שיהיה שקוף ומתועד. בחלוף זמן ראוי לחזור ולבחון את סבירות השיעורים שנקבעו. לפי תקנות התאגידיים, על תאגיד בריאות להעביר לבית החולים שלידו סכום שלא יפחת מ-20% מהכנסותיו ממכירת שירותים רפואיים וכן סכום שלא יפחת מ-4% מהכנסותיו ממכירת שירותי רפואה מונעת, מקידום בריאות ומהדרכת סטודנטים ועובדים במקצועות בתחום הבריאות (להלן - תקורה).

בביקורת לא נמצאו מסמכים המעידים על אופן קביעת שיעורי התקורה שנקבעו בתקנות התאגידיים, ומאז התקנתן לא בחן המשרד את סבירות השיעורים שנקבעו. ראוי שהמשרד יבחן זאת.

2. תאגיד הבריאות בולפסון: בביקורת עלה כי בית חולים וולפסון לא חתם על הסכם פעילות עם תאגיד הבריאות שלידו. לתאגיד גם אין היתר פעילות בחתימת שר הבריאות ושר האוצר, כנדרש בחוק יסודות התקציב. במצב כזה עלולה להיפגם יכולתו של המשרד לבקר את פעילות התאגיד. כך למשל, המשרד אינו בודק את הדיווח התקופתי שמעביר התאגיד על פעולותיו ביחס לפעולות בבית החולים. יוצא שבית חולים ממשלתי ותאגיד הבריאות שלידו פועלים כבר שנים אחדות ללא הסכם פעילות, והתאגיד פועל ללא היתר וללא בקרה מספקת על יחסי הגומלין בינו לבית החולים.

בינואר 2009 הודיעו המשרד ובית חולים וולפסון כי נחתם הסכם פעילות בין בית החולים לתאגיד.

מהדוחות הכספיים של בית חולים וולפסון ושל תאגיד הבריאות שלידו לשנת 2007 עולה כי לתאגיד יש גירעון נצבר ליום 31.12.07 בסך של כ-15 מיליון ש"ח, ובשנים 2006 ו-2007 היו לו תזרימי מזומנים שליליים מפעילות שוטפת. גם לבית החולים יש גירעון נצבר ליום 31.12.07 בסך של כ-74 מיליון ש"ח; הגירעון התפעולי לשנת 2007 הסתכם בכ-44 מיליון ש"ח. בדוחות הכספיים של התאגיד כלולה הערה: "על פי הערכות ההנהלה, לתאגיד הבריאות צפוי גירעון בתזרים המזומנים גם בשנת 2008. הנהלת התאגיד פועלת לפריסת חובותיו לבית החולים ולהפחתת סכומי התקורה שעל תאגיד הבריאות לשלם לבית החולים בגין פעילותו בשטח בית החולים. בהתחשב באמור לעיל קיימים ספקות משמעותיים בדבר יכולת תאגיד הבריאות להמשיך ולפעול כעסק חי"<sup>107</sup>.

בגלל מצבו הכספי של בית חולים וולפסון חויב תאגיד הבריאות כבר בשנת 2002 להעביר בכל שנה 40% תקורה לבית החולים שלידו<sup>108</sup>. סך הוצאות התקורה שנרשמו בדוחותיו הכספיים של התאגיד לשנת 2007 היו 14.8 מיליוני ש"ח. בסך הכול חייב התאגיד לבית החולים לסוף שנת 2007 כ-28 מיליוני ש"ח (במחצית הראשונה של שנת 2008 צומצם החוב לכ-18 מיליון ש"ח)<sup>109</sup>.

על משרד הבריאות ומשרד האוצר לטפל במצבו הכספי של וולפסון גם אם הבעלות עליו לא תעבור לידי קופת חולים כלשהי (ראו להלן בפרק "תאגוד בתי החולים הכלליים"). מדובר במוסד ממשלתי-ציבורי המשרת מאות אלפי תושבים, ואיכות הטיפול במרכז רפואי זה עלולה להיפגע.

המשרד השיב בדצמבר 2008 כי הוא סבור שיש לגבש עבור התאגיד תכנית הבראה הכוללת התייחסות לסוגיית תוספת התקורה בגין גירעונות העבר של בית החולים. משרד האוצר כורך את תיקון התקורה והורדתה בהעלאת התקורות בבית החולים אחר, והדבר אינו מאפשר את סיום הטיפול בנושא. יש למצוא דרך לטפל בתאגיד וולפסון ללא תלות במוסדות אחרים. משרד האוצר השיב בינואר 2009 כי התקורה שמעביר התאגיד לבית החולים נקבעה על פי האמור בתקנות התאגידיים, המאפשרות העברה של עד 40% תקורה כדי להביא לאיזון תקציב בית החולים.

3. תאגיד הבריאות בשיבא: (א) בביקורת עלה כי הסכם הפעילות שבין בית החולים שיבא ובין תאגיד הבריאות שלידו נחתם במרס 2004 בידי תאגיד הבריאות בלבד. אשר לנציגי התאגיד יצוין כי בהסכם מופיעות שתי חתימות, אך שמות החותמים ותפקידיהם בתאגיד אינם מצוינים, וחתימת התאגיד אינה מוטבעת בו. אמנם המשרד אישר את נוסח ההסכם, ולא נמצא שהצדדים להסכם פועלים בניגוד לאמור בו, אולם יש חשיבות לכך שעל ההסכם תוטבע גם חתימתו הרשמית של בית החולים, שהוא גוף ממשלתי, המקנה לתאגיד הבריאות, שאינו גוף ממשלתי, זכות שימוש בנכסי המדינה<sup>110</sup>.

107 עסק חי - עיקרון חשבונאי שמרני ולפיו כל עסק ממשיך לפעול אלא אם נפגעת איתנותו הכלכלית.  
108 לפי תקנות התאגידיים, "ראה שר הבריאות כי בית החולים עלול להימצא במצב של חוסר איזון תקציבי ברבעון מרבעוני השנה, יקבע השר שיעורים מזעריים אחרים, ככל הדרוש להבאת בית החולים לאיזון תקציבי... הסכום השנתי הכולל שנדרש תאגיד הבריאות להעביר... לא יעלה, בכל מקרה, על 40% מהכנסות הפעילות של תאגיד הבריאות בבית החולים בשנה שקדמה לאותה שנה."  
109 לפי הדוח החצי-שנתי. דוח זה אינו מבוקר בידי רואי חשבון אלא מסוקר בלבד. הסקירה היא מצומצמת בהיקפה ואינה נעשית על פי תקני ביקורת מקובלים, ולכן רואי החשבון אינם מחוויים דעה על הדוח.  
110 לפי חוק נכסי המדינה, תשי"א-1951, "רשאית הממשלה, בשם המדינה, למכור נכסים מנכסי המדינה... להשכירם, להחכירם... להרשות את השימוש בהם או את ניצולם, ולהעניק זכויות אחרות בהם, הכול בתנאים שתראם נאותים."



(ב) בהסכם הפעילות נאמר שתוקפו עד 31.12.04, והצדדים רשאים להאריך אותו לשנה אחת בכל פעם, אלא אם כן הורה מנכ"ל המשרד - עד 60 יום לפני התקופה המקורית או התקופה הנוספת, לפי העניין - כי ההסכם יפקע בסוף התקופה המקורית או התקופה הנוספת או בתום ארכה נוספת שקבע.

בביקורת עלה כי מאז חתימתו לא הוארך הסכם הפעילות בשיבא בכתב אלא רק במשתמע על פי התנהגות הצדדים. לעומת זאת, במרכזים הרפואיים נהרייה, סוראסקי וברזילי מאריכים את ההסכם בכתב מדי שנה בשנה, ואם יש צורך מתקנים את הנאמר בנספחים להסכם. יש לציין כי מאז נחתם ההסכם נעשות בתאגיד הבריאות בשיבא פעולות שאינן כלולות בו<sup>111</sup>. ראוי להאריך באופן מפורש ובכתב את תוקף הסכם הפעילות בשיבא ולבחון אם יש צורך לעשות בו שינויים באישור המשרד.

מנהל שיבא השיב בינואר 2009 כי הסכם הפעילות אושרר והוארך בכתב בנובמבר 2008.

4. תשלום בגין שימוש בחומרים מתכלים: בתאגידי בריאות רבים נעשית פעילות רפואית שמשולבים בה חומרים ואביזורים מתכלים - חלקם יקרים - ובהם צנתרים, שתלים ועוד. התאגידים משתמשים בצידוד שנרכש בבתי החולים ומאוחסן במחסניהם. לפי תקנות התאגידים, על תאגיד הבריאות לשלם לבית החולים את שוויים של החומרים והאביזורים המתכלים ושל השירותים שמספק בית החולים לתאגיד, למעט שירותי תשתית.

בביקורת עלה שבהסכמי הפעילות במרכזים הרפואיים שיבא, סוראסקי ונהרייה כלול סעיף - הנוגד את הרשום בתקנות - ולפיו תאגיד הבריאות ישלם לבית החולים 20% מסך כל הכנסותיו בגין פעולות רפואיות שיבצע - פעולות המתומחרות במחירון המשרד בתעריף דיפרנציאלי<sup>112</sup> - וזאת כתמורה כוללת עבור צידוד מתכלה וכל השירותים האחרים שמספק לו בית החולים, אלא אם כן נקבעה בין בית החולים ובין תאגיד הבריאות דרך אחרת להתחשבן, והיא אושרה בידי חשב המשרד. במסמכים שבידי הביקורת אין תיעוד המסביר כיצד נקבע שיעור נמוך זה.

יש לציין כי חשבות המשרד עשתה תחשיב מפורט בדבר החוזרי החומרים בכל תאגידי הבריאות בשנים 2002-2006. מהתחשיב עולה כי ברוב המרכזים הרפואיים תאגידי הבריאות החזירו לבתי החולים פחות מהנדרש: היחס הממוצע בין החוזר צידוד מתכלה בפועל להחוזר נדרש היה בשנת 2004 - 28%, בשנת 2005 - 41%, ובשנת 2006 - 36%, ובסך הכול מדובר בעשרות מיליוני ש"ח בכל שנה.

יוצא שכאשר מבצעים בתאגיד הבריאות פעילות רפואית שהיא עתירת צידוד רפואי וחומרים מתכלים, ההחזר לבית החולים הוא מועט, ובעצם בית החולים מסבסד את התאגיד. כך לדוגמה, לעתים נעשה בתאגיד צנתור שמשתמשים בו בשלושה צנתרים. עלות שלושה צנתרים הסתכמה במועד הביקורת בכ-22,000 ש"ח (כ-1,900 דולר לצנתר; לפי שער חליפין של 3.85 ש"ח לדולר). תעריף המשרד לצנתור טיפולי במועד הביקורת היה כ-32,000 ש"ח. יוצא שהתאגיד יעביר לבית החולים בגין החומרים לפעולה זו סכום של 6,400 ש"ח (20% מהתעריף), שעה שעלות הצידוד היא יותר מפי שלושה, והעודף של התאגיד יהיה מוגדל.

111 לדוגמה: השתלת קוצב מוח, השתלת קוצב דואלי וכריתת אונה בכבר. אלה פעולות שהמשרד קבע להן תעריף דיפרנציאלי לאחר מועד חתימת הסכם הפעילות בשנת 2004.

112 מחיר שהמשרד קובע לפעולה מסוימת שהיא בדרך כלל עתירת טכנולוגיה.

תאגיד בריאות שנעשית בו פעילות רפואית עתירת ציוד בהיקפים גדולים יוצא נשכר, ורוב ההוצאה בגין הציוד נרשמת בספרי בית החולים ולא בספרי התאגיד. יצוין כי שיעור ההכנסות מפעולות דיפרנציאליות מסך ההכנסות משירותים רפואיים בתאגיד הבריאות בשיבא הוא כ-30%, ובתאגיד הבריאות בסוראסקי - 36%, משמע בתאגידים אלה נעשית פעילות דיפרנציאלית רבה, ויוצא שבית החולים נושא בנתח כבד מעלויות פעילויות אלה. לדעת משרד מבקר המדינה, זהו ניצול לרעה של תקנות התאגידים. ראוי שהמשרד יבחן את הסוגיה עם תאגידי הבריאות, ובפרט עם אלה שמתקיימת בהם פעילות דיפרנציאלית רבה, וישקול כיצד יחושבו החוזרים ריאליים יותר, המבוססים על תחשיבים כלכליים.

5. פעילות נבחרת: לפי תקנות התאגידים, על הכנסות תאגיד בריאות שמקורן ב"פעילות נבחרת"<sup>113</sup> אין צורך להעביר תקורות לבית החולים. כך לדוגמה, בתאגיד בשיבא הוגדרו כ"פעילות נבחרת" בדיקות M.R.I.; בתאגיד בסוראסקי - I.V.F, M.R.I., בנק הזרע, המרכז לבריאות הפה, מעבדות במרכז הגנטי, שיקום הלב, מעבדת הליכה, מעבדת שינה, אסתטיקה, שירותי בדיקת עיניים והתאמה ועוד; בתאגיד בנהרייה - ניתוחים להסרת משקפיים, מרפאת שחפת, התאמת עדשות מגע ומכירתן; בתאגיד בברזילי - פסיכיאטריה, ריפוי בעיסוק לילדים בני שש ומעלה, שירותי רוקחות; בתאגיד בהלל יפה - מרפאה לרפואה משלימה, מרפאה לבריאות הגבר ועוד.

יוצא שתאגיד בריאות שפועל בתחומים רבים שהוגדרו כ"פעילות נבחרת" לא יעביר בגינם לבית החולים שלידו תקורות, כך שיישארו בידו מקורות פנויים. על פי תקנות התאגידים, תחומים אלה פועלים כמשק סגור, כלומר על התאגידים לפתח את אותם תחומים מהכנסותיהם. מאז התקנת תקנות התאגידים המשרד לא בחן באיזו מידה פיתחו התאגידים את אותם תחומים ואם יש הצדקה להמשיך ולהגדירם כ"פעילות נבחרת". ראוי שהמשרד יבחן זאת אחת לתקופה כלשהי - שתיקבע על ידו.



בביקורת עלה שהסכם הפעילות בשיבא נחתם בידי תאגיד הבריאות בלבד, והוא גם לא הורחב מאז ככתב; בית חולים וולפסון ותאגיד הבריאות שלידו לא חתמו על הסכם פעילות, ומצבם הכספי רעוע. לתאגיד הבריאות שבולפסון גם לא היה היתר פעילות; מאז הותקנו תקנות התאגידים בשנת 2001 לא נבחנה סבירות השיעורים של התקורה שעל התאגידים להעביר לבתי החולים שלידם; תאגידי הבריאות מחזירים לבתי החולים בגין חומרים מתכלים פחות מהנדרש לפי תקנות התאגידים, ואפשר לראות בכך ניצול לרעה של התקנות; המשרד לא בחן אם יש הצדקה להמשיך ולהגדיר פעולות מסוימות שתאגידי הבריאות מבצעים ככאלה שאין להעביר בגינן תקורות לבית החולים.

113 בתקנות התאגידים: "פעילות בתחום הבריאות שביצע תאגיד הבריאות בבית החולים ביום 1.9.01, ושנתקיימו בה התנאים כל אלה: מנוהלת כמשק סגור; לא בוצעה בבית החולים בשנה שקדמה למועד האמור, ואינה מבוצעת בידו גם במועד אישור הסכם הפעילות; אין חלופה מתאימה לביצועה במסגרת בית החולים, מתקציבו ובאמצעות עובדיו; דבר ביצועה של הפעילות האמורה, כפעילות נבחרת, נכלל בהסכם פעילות שאושר כדין."

## מלוניות לילדות ליד בתי החולים

בשנת 2006 נולדו במדינת ישראל 148,170 תינוקות. בסוף 2006 היו בכל הארץ 1,386 מיטות בתקן לילדות, ותפוסת המיטות לאשפוז במחלקות יולדות בשנת 2006 הייתה 100%<sup>114</sup>. בעבר אושפזה יולדת לאחר לידה במחלקת היולדות למשך ארבעה-חמישה ימים, אך בחלוף השנים התקצר משך שהייה במחלקה זאת, ובשנת 2008 היולדות שהו בה יומיים בערך, ולעתים - באישור מיוחד של המשרד - 36 שעות בלבד.

מסוף המאה העשרים ואילך הוקמו מלוניות לילדות בסמוך למחלקות יולדות ויילודים שבמרכזים רפואיים; וכך, בסמוך למחלקת יולדות בשיבא פועלת מלונית לילדות (להלן - שיבא בייבי) שתאגיד הבריאות הוא המפעיל אותה, וגם בסמוך לבית חולים לים לילדות בסוראסקי פועלת מלונית לילדות (להלן - בייבי לים). מלונית זו מופעלת על ידי חברה פרטית שהתקשרה בהסכם עם תאגיד הבריאות. גם בהרסה עין כרם פועלת מלונית לילדות.

במחלקות היולדות הצפיפות לעתים רבה. לחדרים הקיימים הוספו מיטות עקב מצוקת אשפוז ובשל רצון למקסם הכנסות. במלונית, לעומת זאת, יש תנאים פיזיים טובים יותר. יולדת הבוחרת לשהות במלונית משלמת מכיסה כ-2,000 ש"ח לשניים-שלושה לילות, והיא אף יכולה להתאכסן בה עם בן-זוגה. יולדות הבוחרות לשהות במלוניות שוהות במחלקת היולדות של בית החולים בדרך כלל זמן קצר יותר מאשר יולדות שאינן בוחרות לשהות במלוניות (ראו בהמשך הדוח).

הביטוח הלאומי משלם לבית החולים מענק אשפוז לכיסוי הוצאות האשפוז בגין כל לידה (להלן - מענק האשפוז)<sup>115</sup>, ותמורתו נותן בית החולים את כל השירותים הרפואיים הקשורים בלידה<sup>116</sup>. כן משולמת תוספת למענק האשפוז הרגיל עבור כל פג<sup>117</sup>, על פי מספר הפגים שנולדו באותה הלידה. על פי תקנות הביטוח הלאומי (מענק אשפוז לילדת ולילוד), התשנ"ד-1993 (להלן - התקנות), בכל שנה ייקבע מחדש בצו סכום מענק האשפוז לילדת ולילוד וכן סכום עבור יילוד המוגדר פג<sup>118</sup> שישולמו לבית החולים. בתי החולים מנסים למשוך אליהם יולדות בין השאר מכיוון שמענק האשפוז מתקבל מהביטוח הלאומי מיד, ויש להם גם תמריץ להפעיל מלוניות לילדות.

הביטוח הלאומי השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי במהלך עשרים השנה האחרונות לא נבחנה הנוסחה שבבסיס המענק<sup>119</sup>, אף שהתרחשו כמה שינויים, העשויים להשפיע על גובה מענק האשפוז: האחד, מספר ימי האשפוז לילדת ירד, כאמור - ב-1987 שהייה ממוצעת של יולדות במחלקת יולדות הייתה 3.7 ימים לעומת 2.7 ימים ב-2007<sup>120</sup>. השני, כשנקבע מענק האשפוז התבסס על מחיר אחיד ליום אשפוז לכל המחלקות, ומאחר שהעלויות במחלקת יולדות היו גבוהות

- 114 מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2006, משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים, חלק א', עמ' 62, 74.
- 115 מענק האשפוז הבסיסי משולם בסכום קבוע עבור כל לידה, בלא קשר למספר היילודים שנולדו באותה לידה ובלא קשר למספר ימי האשפוז של היולדת.
- 116 בעניין מצב היחידות לטיפול מיוחד ביילוד ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54 (2004), בפרק "יחידות לטיפול מיוחד ביילוד", עמ' 400.
- 117 על פי תקנות הביטוח הלאומי (מענק אשפוז לילדת ולילוד), התשנ"ד-1993, פג מוגדר כ"ילוד שמשקלו בעת הלידה לא עלה על 1,750 גרם שהיה בחיים 4 ימים לפחות ואושפז ביחידה לטיפול מיוחד בילודים".
- 118 הסכום יחושב בכל שנה בתחילת ינואר על פי נוסחה המפורטת בתקנות. העדכון האחרון פורסם ב-1.1.09 ובו נקבע כי מענק האשפוז לילדת ולילוד הוא 8,666 ש"ח, ותוספת לפג היא 130,979 ש"ח.
- 119 באוקטובר 2004 פורסמו המלצות "הוועדה להערכת עלות סל הלידה עבור יולדת, ילוד ופג", שבין חבריה הייתה נציגת הביטוח הלאומי. סמנכ"לית מינהל המחקר בביטוח הלאומי דאו, הגב' לאה אחדות, התנגדה להמלצות הוועדה, מכיוון שהן התעלמו מעמדתה. הסמנכ"לית ביקשה גם להסתחר מחברותה בוועדה.
- 120 לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, לוח כ"ד/10, שנתון סטטיסטי לישראל 2008.

יותר, הוכפל מחיר יום אשפוז במקדם של 1.231, ומסכום זה שילם הביטוח הלאומי 80%. מענק האשפוז חושב על פי 4.61 ימי אשפוז ליולדת וליילוד. בתקופת הביקורת התבססו על מחיר יום אשפוז במחלקת יולדות, מחיר שמביא בחשבון את העלויות הגבוהות, בלא שבוצע שינוי במקדם. לדעת הביטוח הלאומי יש לבחון מחדש את כל מרכיבי מענק האשפוז.

### מחלקות היולדות והמלוניות שלידין

1. מחלקות יולדות ומחלקת יילודים באגף נשים בשיבא: בשיבא מתרחשות כ-10,000 לידות בשנה. היולדות מאושפזות בשתי מחלקות יולדות, והיילודים - במחלקת יילודים. במחלקות היולדות והיילודים יש תקן ברישיון בית החולים ל-46 מיטות ו-46 עריסות וכן לשבע מיטות ושבע עריסות הנחשבות מיטות אשפוז וממוקמות במלונית. שיעור התפוסה במחלקות היולדות הוא 168.2%, ובמחלקת היילודים - 183%.

במחלקות היולדות בשיבא יש כמה סוגי חדרים, ובכל חדר מאושפזות שתיים עד חמש יולדות. על פי הנחיות תכנון חדשות של המשרד<sup>121</sup>, שטחו של חדר לשתי יולדות יהיה לכל הפחות 22 מ"ר<sup>122</sup>. בפועל בשיבא מאושפזות שתי יולדות בחדר ששטחו 9.9 מ"ר<sup>123</sup>. עוד מחייבות ההנחיות כי תהיה גישה למאושפזות מכל צדי המיטה, דבר שלא מתקיים בחלק מהחדרים בשיבא. להלן פירוט סוגי החדרים ושטחם:

הנחיות תכנון חדשות (2007)*		המצב בפועל במועד הביקורת (בתפוסה מלאה)						
שטח לידת במ"ר (כנגזרת מהנחיות התכנון מ-2007)	שטח לחדר במ"ר (על פי הנחיות תכנון חדשות מ-2007)	שטח לידת בפועל במ"ר	מרחב בין מיטות לכל יולדת בס"מ	שטח לחדר במ"ר	אורך חדר במטר	רוחב חדר במטר	מס' חדרים	מס' יולדות בפועל
11	22	5	75	9.9	3	3.3	10	2
8	24	6.2	90	18.7	5.5	3.4	12	3
12.5	50	8.7	255	35	6.9	5.1	3	4
איך תכנון	איך תכנון	7	140	35	6.9	5.1	1	5

\* ראו הערה 121 להלן.

יוצא כי עקב עומס במחלקה קטן מרחב התנועה בחדרי היולדות, וחלקן שהו במועד הביקורת בתנאי צפיפות קשים, בייחוד בחדרים של שתיים או שלוש יולדות.

- 121 ב-2007 הוציא המשרד הנחיות תכנון חדשות כדי שישמשו קו מנחה לתכנון מחלקות אשפוז חדשות בעתיד. הנחיות אלה אינן מחייבות את המחלקות הקיימות דוגמת מחלקות היולדות בשיבא ובליס (הנחיות תכנון למחלקות אשפוז בבית חולים כללי בהוצאת המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, משרד הבריאות מאפריל 2007, עמ' 18, 32).
- 122 כאשר אין אפשרות להוסיף מיטה שלישית, ולכל הפחות 24 מ"ר כאשר יש אפשרות להוסיף מיטה שלישית.
- 123 על פי תכנית למחלקת יולדות של המשרד מפברואר 1998, אשפוז שתי יולדות יהיה בחדר ששטחו 17 מ"ר, ואשפוז שלוש יולדות יהיה בחדר ששטחו 23 מ"ר.

יצוין כי עוד בטרם החלה הביקורת של משרד מבקר המדינה החלו לשפץ את אחת ממחלקות היולדות, לרבות הוספת חדרים חדשים והרחבת חלק מהחדרים הקיימים, בתקציב של כשבעה מיליון ש"ח.<sup>124</sup>

2. **שיבא בייבי**: בשיבא פועלת מסוף שנת 1999 מלונית ליולדות הממוקמת בבניין מחלקות היולדות ומחלקת היילודים. עד סוף 2003 הופעלה מלונית היולדות בידי זכייין פרטי, ומשנת 2004 מופעלת המלונית בידי תאגיד הבריאות בשיבא. במלונית 57 חדרים, ובהם 57 מיטות ליולדות וכן עריסות ליילודים. מספר זה כולל שבע מיטות ליולדות ושבע עריסות ליילודים הרשומות ברישיון בית החולים, נחשבות מיטות אשפוז בבית החולים ומוגדרות כמחלקת יולדות ג', כך שיוולדת יכולה לעבור מהמחלקה למלונית כאשר היא עדיין מאושפזת בבית החולים.

יש לציין כי ביולי 2003 החליטה הממשלה כי הכנסות המרכזים הרפואיים מהשימוש במקרקעי המדינה יועברו לתקציבי בתי החולים. מאז מועברות לבית החולים מדי שנה בשנה הכנסות המלונית ליולדות (וכן הכנסות מלונית שיקום הלב), בניכוי הוצאות התפעול.<sup>125</sup>

3. **מחלקת יולדות ויילודים בבית חולים ליס ליולדות שבסוראסקי**: בית חולים ליס ליולדות שבסוראסקי הוקם ביולי 1997, לאחר שהועבר ממתחם הקריה בתל אביב. גם בבית חולים זה מתרחשות כ-10,000 לידות בשנה. בבית החולים יש 80 מיטות ליולדות בתקן בתפוסה של 91.6%, ופועלות בו שתי מחלקות ליילודים, ובהן 75 עריסות.

במחלקות היולדות בליס יש כמה סוגי חדרים, ובכל חדר מאושפזות שתיים עד ארבע יולדות. על פי הנחיות התכנון החדשות של המשרד, שטחו של חדר לשתי יולדות יהיה לכל הפחות 22 מ"ר. בפועל בליס מאושפזות שתי יולדות בחדר ששטחו 14.5 מ"ר. הנהלת סוראסקי מסרה לנציגי משרד מבקר המדינה כי אושר סך של 1.25 מיליון ש"ח לשיפוץ המחלקה. להלן פירוט סוגי החדרים ושטחם:

הנחיות תכנון חדשות (2007)*		המצב בפועל במועד הביקורת (בתפוסה מלאה)						
שטח לחדר ליולדת (מ"ר)	שטח לחדר במ"ר (על פי הנחיות תכנון חדשות מ-2007)	שטח ליולדת בפועל במ"ר	מרחב בין מיטות לכל יולדת בס"מ	שטח לחדר במ"ר	אורך חדר במטר	רוחב חדר במטר	מס' חדרים	מס' יולדות בפועל
11	22	7.25	75	14.5	4.4	3.3	12	2
8	24	6	**	18	5.2 בממוצע	3.45	20	3
8	24	7	115	21	6.2	3.4	4	3
12.5	50	9.25	126	37	8.65	4.3	4	4

\* ראו הערה 121 לעיל.

\*\* אי-אפשר למדוד - המיטות צמודות לקירות החדר בצורת האות "ח".

124 בחדרים ששימשו במועד הביקורת לאשפוז שתי יולדות תשהה יולדת אחת, ובחדרים ששימשו במועד הביקורת לאשפוז שלוש או ארבע יולדות ישו שתי יולדות.

125 בשנת 2007 הועברה לבית החולים יתרת רווח בגין הפעלת שתי המלוניות בסך 2.7 מיליון ש"ח. בשנת 2006 - 2.5 מיליון ש"ח.

יוצא כי עקב עומס במחלקה קטן מרחב התנועה בחדרי היולדות, וחלקן שהו במועד הביקורת בתנאי צפיפות, בייחוד בחדרים של שתיים או שלוש יולדות.

4. **בייבי ליס**: בסמוך לבית חולים ליס ליולדות הוקם מרכז מסחרי פרטי (קניון מרכז ויצמן), ומעליו ממוקמת המלונית. המלונית נפתחה באפריל 2005, והיא מוחזקת ומופעלת בידי חברה פרטית. המעבר ממחלקת היולדות למלונית (משטח ציבורי לשטח פרטי) מתבצע על גשר להולכי רגל המחבר בין בניין האשפוז שבו ממוקמת מחלקת היולדות ובין המרכז המסחרי הפרטי. במלונית יש 22 חדרי אירוח ליולדות, חדר יילודים עם 26 עריסות ושטחים ציבוריים.

חלק מהיולדות שוהות במחלקות היולדות בשיבא ובליס בתנאי צפיפות קשים ובניגוד לתקני הבינוי המקובלים במועד סיום הביקורת, דבר שעלול לגרום ליולדות בעלות אמצעים להעדיף את השהות במלונית על פני השהות במחלקה, בעוד שיולדות שידן אינה משגת לשהות במלונית יאלצו להישאר במחלקה. הדבר עלול לגרום למרכזים רפואיים לחוסר תמריץ לשפר את תנאי האשפוז במחלקות היולדות. במועד סיום הביקורת ההחלטה האם לשפץ את מחלקות היולדות נתונה לשיקול דעתם של מנהלי בתי החולים.

#### היעדר נהלים בעניין הפעלת מלוניות

שיבא בייבי פועלת משנת 1999, ובייבי ליס משנת 2005. בזכות המלוניות, בין היתר, הולך וגובר הביקוש ללדת במרכזים הרפואיים סוראסקי ושיבא<sup>126</sup>, ומרכז רפואי נוסף כבר פנה למשרד הבריאות בבקשה לאשר להקים גם בתחומו מלונית<sup>127</sup>.

בינואר 2007 התקיים דיון בנושא מלוניות ליולדות בהשתתפות נציגים ממשרד האוצר וממשרד הבריאות. מטרת הדיון הייתה לגבש עמדה אחידה באשר לכללים שיאפשרו להפעיל מלוניות ליולדות. סוכם כי משרד האוצר ומשרד הבריאות ינסחו פנייה משותפת ליועץ המשפטי לממשלה בעניין התנאים להפעלת מלונית, ומשרד הבריאות יפעל להוציא נוהל הכולל את סיכום הדברים.

בביקורת עלה כי המשרד הכין טיוטת נוהל ב-2007 - אולם זו טרם הפכה לנהל מחייב. נוסף על כך לא נמצא כי נעשתה פנייה ליועץ המשפטי לממשלה. בהיעדר נוהל של המשרד המסדיר את פעולתן של מלוניות ליולדות ליד המרכזים הרפואיים קבע לעצמו כל מרכז רפואי נהלים פנימיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח הזמן שחלף מאז הוקמו המלוניות, מן הראוי להסדיר את הנושא ולהוציא נהלים בנוגע להפעלתן, וזאת לאחר שייבחן המצב במלוניות הקיימות בכל ההיבטים וייקבעו תנאים להקמת מלוניות חדשות.

126 במרכז רפואי שיבא ביקשו בנובמבר 2007 להגדיל את מספר מיטות המלונית שברישיון משבע מיטות ושבע עריסות ליילודים ל-20 מיטות ו-20 עריסות ליילודים.

127 סגן ראש מינהל רפואה במשרד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי טרם הוגשו בקשות רשמיות להפעלת מלוניות נוספות על אלה הקיימות, אולם המנהל האדמיניסטרטיבי במרכז הרפואי אסף הרופא מסר כי מרכז רפואי זה הגיש בקשה לפתיחת מלונית לפני שנים אחדות, והמשרד עדיין לא אישר את הבקשה.

### שהות היולדת במלונית וההשלכות הכלכליות שיש לכך על בית החולים

1. על פי רישיון בית החולים יש במלונית בשיבא שבע מיטות אשפוזיות. הדבר מאפשר לשיבא לאשר עליית יולדות למלונית בטרם ישוחררו באופן רשמי מאשפוז<sup>128</sup>.

יצוין כי על פי טיוטת הנוהל של המשרד, יולדת ויילוד שאינם זקוקים לטיפול רפואי יוכלו לעבור למלונית רק לאחר שישוחררו מבית החולים שחרור מלא ובלתי מותנה, כפי שנעשה בליס<sup>129</sup>. נוכח קיומן של שבע מיטות האשפוז במלונית בשיבא, על המשרד לבחון את החלת טיוטת הנוהל גם עליו.

2. על פי חוזר מינהל רפואה, משך האשפוז המזערי בלידה רגילה ליולדת וליילוד הוא לפחות 48 שעות לאחר הלידה<sup>130</sup>. התקנות אינן קובעות את משך השהות המזערי שבגינן משולם מענק האשפוז<sup>131</sup>. עם זאת, המוסד לביטוח לאומי קבע כי פרק הזמן המזערי לאשפוז יולדת לצורך קבלת מענק אשפוז הוא 12 שעות.

יוצא שבית החולים מקבל את מענק האשפוז עבור כל יולדת, בלי קשר למספר הימים שהיא שוהה בפועל במחלקת היולדות. מכיוון שיולדות השהות במלונית שוהות בדרך כלל במחלקת היולדות זמן קצר יותר מששוהות בה יולדות שאינן בוחרות לשהות במלונית, בית החולים חוסך משאבים בגין יולדות שבוחרות לשהות במלונית, וזאת נוסף על התגמול שהוא מקבל מהפעלת המלונית. בה בעת מפנות יולדות אלו מקום ליולדות אחרות שגם עבורן מקבל בית החולים תשלום מביטוח לאומי. הדבר מעלה חשש שבתי החולים לא ישקיעו משאבים כספיים במחלקות היולדות.

### השירות הרפואי ליולדת וליילוד השהים במלונית והתשלום עבורו

בדיון של משרד הבריאות ומשרד האוצר מינואר 2007 הוחלט כי עובדי בית החולים הממשלתי ותאגיד הבריאות הפועל בו לא ייתנו שירות רפואי, סיעודי או כל שירות אחר במלונית, לרבות בשעות שבהן הם אינם מועסקים על ידי בית החולים או על ידי התאגיד. על פי טיוטת הנוהל, עובדי בית החולים לא יספקו שירותים לשהים במלונית.

- 128 על פי "נהלים למתן שירות רפואי" שהוצאו על ידי שיבא, יולדת רשאית לעלות למלונית 12 שעות לאחר לידה רגילה; 24 שעות לאחר לידה במצבים מסוימים הדורשים השגחה רפואית; 48 שעות לאחר ניתוח קיסרי. שחרור יילוד לביתו, אם מצבו הרפואי של היילוד תקין, מתבצע 40-48 שעות לאחר לידה רגילה או מכשירנית ו-72-96 שעות לאחר ניתוח קיסרי.
- 129 על פי "נוהל אשפוז וטיפול ביולדות במלונית" שהוציא בית החולים ליס במרס 2005 ועודכן במרס 2008, יולדת יכולה לעבור למלונית 12 שעות לאחר לידה רגילה או לידה מכשירנית, ובפועל היא יכולה לעשות כן גם לאחר שמונה שעות; 24 שעות במצבים רפואיים מסוימים; 48 שעות לאחר ניתוח קיסרי, ובפועל לאחר 24 שעות.
- 130 חוזר מינהל רפואה 43/99 מספטמבר 1999; לידה רגילה - לידה שמתקיימים בה התנאים המוגדרים בחוזר זה; על פי סעיף 3.2 בחוזר, במצבי חירום במדינה או במצבי עומס חריג במחלקת היילודים או היולדות אפשר לשחרר יולדות ויילודים לביתם מוקדם יותר מתקופת האשפוז המזערי שנקבעה, וזאת בהסכמת מנהל בית החולים ובאישור מיוחד של מנהל מחלקת יולדות ויילודים.
- 131 על פי התקנות, בתמורה למענק האשפוז ייתן בית החולים שירותים שונים, לרבות אשפוז היולדת במחלקת יולדות שלושה ימים לפני יום הלידה ופרק זמן שהלידה ותוצאותיה מחייבות, וכן אשפוז היילוד עד לצאת היולדת מבית החולים. כך נקבע גם בחוזר מינהל רפואה 11/97. כאמור, מענק האשפוז חושב בין היתר על פי 4.61 ימי אשפוז ליולדת וליילוד.

### ה מ ר כ ז ה ר פ ו א י ש י ב א

תאגיד הבריאות בשיבא הקצה ומממן 11.75 תקנים של אחיות וכוחות עזר להפעלת המלונית. האחיות שמעסיקים בית החולים והתאגיד משובצות הן במחלקת יילודים והן במלונית, בסבב משמרות. השיבוץ מתבצע על פי שיקולים מקצועיים ובלי קשר למקור המעסיק (כלומר אחות המועסקת על ידי בית החולים יכולה לעבוד במלונית ואחות המועסקת על ידי התאגיד יכולה לעבוד במחלקת יילודים שבבית החולים).

לדעת מרכזת בכירה של כוח אדם סיעודי בשיבא, השיבוץ באופן האמור לעיל חשוב לשמירה על רמת מקצועיותן הגבוהה של האחיות. מאחר שבמלונית שוהים בדרך כלל תינוקות בריאים, אחיות שלא יבצעו סבב משמרות במחלקת יולדות לא ייחשפו לתינוקות הדורשים טיפול אינטנסיבי יותר, ורמתן המקצועית תרד. מנהל שיבא הוסיף בינואר 2009 כי התאגיד הקצה כ-18 תקנים לסיוע ולתפעול מחלקות היולדות והיילודים של בית החולים, וזאת כדי לתת מענה לחוסר בתקנים של המדינה. לדבריו, המדינה מעולם לא הקצתה תקציב לבינוי או לשיפוץ מחלקות לילדות, ואף לא הקצתה תקציב לתוספת נדרשת של תקנים הדורשים לטיפול בהיקף היולדות. גם בימים אלה הוא שוקד על איסוף תרומות בארץ ובעולם כדי להרחיב את המחלקות ליולדות.

### ה מ ר כ ז ה ר פ ו א י ס ו ר א ס ק י

1. על פי ההסכם למכירת שירותי רפואה שנחתם בין תאגיד הבריאות בסוראסקי לחברה הפרטית (להלן - הסכם בייבי ליס), החברה תנהל את הפן המלוני של פעילות המלונית, והשירותים הרפואיים ליולדות וליילודים יינתנו על ידי התאגיד באמצעות רופאים ואחיות, עובדי התאגיד. בבית החולים ליס ליולדות שבסוראסקי יש שתי מחלקות ליילודים, ובהן 75 יילודים. עשר אחיות מצוות התינוקיה של מחלקת יילודים עובדות בבייבי ליס בעשר משרות. רובן מועסקות על ידי בית החולים ולא על ידי התאגיד.<sup>132</sup>

העסקת האחיות של תאגיד הבריאות ובית החולים באופן משולב בסבב משמרות אינה תואמת את הנאמר בטיטת הנוהל של המשרד.

2. על פי הסכם בייבי ליס, החברה הפרטית תשלם לתאגיד הבריאות את סך כל התשלומים שהוא אמור לשלם או ששילם לצוות הרפואי בגין עבודתו בחודש הקודם במלונית. נוסף על כך, על פי ההסכם אמורה החברה הפרטית לשלם לתאגיד בתנאים מסוימים סכום קבוע בגין כל יולדת שהתאכסנה במלונית.

כספים אלה אינם מועברים לבית החולים אלא נשארים בידי תאגיד הבריאות, וזאת אף על פי שהרופאים ומרבית האחיות המספקים שירותים רפואיים בבייבי ליס מועסקים על ידי בית החולים ולא על ידי התאגיד.

סוראסקי השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי מנגד תאגיד הבריאות מממן עשרה תקני אחיות, והן משובצות במחלקות אחרות בבית החולים משיקולים מקצועיים ותפעוליים. נעשית "הצלבה של משאבים בין בית החולים לתאגיד כך שהתוצאה הסופית שווה". המשרד השיב בדצמבר 2008 כי יחידת הבקרה תדרוש מתאגיד הבריאות בסוראסקי להעביר את כל ההכנסות

132 שמונה אחיות מועסקות על ידי בית החולים ושתיים - על ידי התאגיד.



מבייבי ליס לבית החולים. כמו כן השיב כי צריכה להיות הפרדה בין צוות מחלקת היולדות לצוות המלונית.

על משרד הבריאות לבחון את הנעשה בבייבי ליס ובשיבא בייבי מבחינת שיבוץ עובדי בית החולים או התאגיד במלונית היולדות, תוך שמירה על רמתן המקצועית של האחיות שיועסקו במלונית. עליו גם להחליט אם יש לשנות את האמור בטיוטת הנוהל בעניין זה.



במלוניות יולדות מתקיים עירוב של רפואה ציבורית עם רפואה פרטית, ולכן יש לפעול במשנה זהירות בקביעת הכללים. אף על פי שחלפו כמה שנים מאז הוקמו המלוניות ליולדות בשיבא ובליס שבסוראסקי, המשרד טרם גיבש נוהל מחייב. בתי החולים מעוניינים להפעיל מלוניות ליולדות בתחומם. על משרד הבריאות ומשרד האוצר לבחון שוב את הסוגיות העולות מתפעול מלוניות יולדות בסמוך למחלקת יולדות בבתי החולים, ולגבש נוהל שיותאם למעמדן המשפטי של המלוניות, הן הפרטיות והן המוחזקות על ידי תאגידי הבריאות, הן אלה שכבר מופעלות והן אלה שיופעלו בעתיד.

מן הראוי כי במרכזים הרפואיים שתפוסת מחלקות היולדות בהם עולה על תקן המיטות הקיים יעודכנו התקנים, יורחבו המחלקות וישופרו תנאי האשפוז. זאת ייעשה כדי לאפשר ליולדות להתאשפז בתנאים ראויים וכדי להימנע מצפיפות יתר במחלקות, דבר שעלול לגרום ליולדות להעדיף שהות במלונית על פני שהות במחלקה.

לדעת משרד מבקר המדינה הפעלת מחלקת היולדות בתנאי אשפוז וצפיפות סבירים, כפי שיקבע המשרד, צריכה להיות תנאי להפעלת מלוניות ליולדות.

## היחסים שבין בית החולים לתאגיד הבריאות ולחברות תרופות ואביזרים

בתי החולים רוכשים ציוד רפואי רב מכל מיני ספקים, הן באמצעות חברת ישראל<sup>133</sup> והן באופן ישיר. לעתים גם תאגידי הבריאות רוכשים ציוד ותרופות. לעתים ספקים נותנים בונוס כנגד רכישות בהיקפים כספיים ניכרים. בונוס כזה ראוי שיירשם בספרי הגוף שרכש מהספק את הציוד וישמש להקטנת הוצאות הרכש. משרד מבקר המדינה מצייין כי עלולים להיות מקרים שבהם אין משתמשים בבונוסים להקטנת הוצאות הרכש, אלא הם מתקבלים בתאגיד הבריאות שאינו רוכש ציוד מספקים אלה. התאגיד עלול להשתמש בכספים אלה לצרכים שאינם רכש ציוד, כמו למשל השתתפות של רופאים בכנסים בחו"ל.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2008 כי יחידת הבקרה תפיץ חוזר האוסר לתת בונוסים לתאגיד בריאות, למעט לצורך הנחות ברכש תרופות או ציוד. לדבריו, במסגרת ההסכם המתגבש עם חברת ישראל יש סעיף האוסר להעביר לתאגיד הבריאות הנחות המגיעות לבית החולים.

133 חברה בבעלות עמותת בתי החולים הממשלתיים, העוסקת ברכש תרופות וציוד רפואי עבור בתי החולים.

## קיום שתי ישויות משפטיות נפרדות זו לצד זו - החסרונות במצב הקיים

### אופן ההתאגדות - תאגיד בריאות ובית החולים שליידו הוא פועל

לפי חוק העמותות, התש"ם-1980 (להלן - חוק העמותות), לכל עמותה יש כמה מוסדות: אסיפה כללית, ועד עמותה וועדת ביקורת. על פי תקנות התאגידים, לתאגיד בריאות יש מבנה ארגוני הכולל לפחות את הגופים האלה: דירקטוריון, שיקבע את מדיניות התאגיד ויפקח על ביצועה בידי המנכ"ל ובידי נושאי משרה אחרים; ועדת ביקורת; רואה חשבון; יועץ משפטי; ומבקר פנים. בתאגיד בריאות שהוא עמותה, במקום "דירקטוריון" פועל "ועד העמותה", ובמקום "דירקטור" מכהן "חבר ועד העמותה".

לפי חוק העמותות, האסיפה הכללית היא שממנה את ועדת הביקורת או את הגוף המבקר<sup>134</sup>; בפועל מינו תאגידי בריאות רבים את חברי ועדת הביקורת מקרב ועד העמותה. נוסף על כך, בדרך כלל חברי ועד עמותה אינם מקבלים שכר מהעמותה, אלא אם האסיפה הכללית החליטה על כך, בכפוף להוראות לפי סעיף 34(א) לחוק<sup>135</sup>. בתאגידי בריאות, לעומת זאת, חלק מחברי הוועד המנהל הם עובדי בית החולים שליידו פועל התאגיד, והם מקבלים שכר מבית החולים, שמקבל כספים מהתאגיד<sup>136</sup>.

יצוין כי בית החולים שליידו פועל תאגיד הבריאות הוא יחידת סמך של משרד הבריאות, ואף על פי שהיקף פעילותו גדול מזה של תאגיד הבריאות שליידו, אין לו מוסדות מנהלים דומים, פרט לפורום הנהלה של בית החולים שחברים בו רק עובדי בית החולים. עוד יצוין כי משרד הבריאות הוא הגוף האחראי לבית החולים, אולם גם בו אין יחידה ארגונית שעוסקת רק בבתי החולים.

### מבקר פנים בבתי החולים הממשלתיים ובתאגידי הבריאות

לפי חוק הביקורת הפנימית, התשנ"ב-1992, בכל גוף ציבורי תיעשה ביקורת פנימית על ידי מבקר פנימי. בביקורת הפנימית בודקים אם הפעולות של הגוף ושל נושאי משרה וממלאי תפקידים באותו הגוף תקינות - מבחינת השמירה על החוק, על הניהול התקין, על טוהר המידות ועל החיסכון והיעילות - ואם הן מועילות להשגת היעדים שנקבעו להן. כן בודקים את עמידת הגוף בכל מיני נהלים, את האופן שבו הוא מנהל את כספיו, ועוד.

יש לציין כי מבקר המדינה העלה כבר בשנת 2006 כי אף לא באחד מבתי החולים כיהן מבקר פנימי<sup>137</sup>. הביקורת העלתה אז שהמבקר הפנימי של משרד הבריאות עושה ביקורת בבתי החולים, אולם מספר העובדים העומדים לרשותו אינו מאפשר לו לעשות ביקורת תכופות וקפדניות.

134 האסיפה הכללית רשאית להחליט כי במקום ועדת ביקורת ימונה רואה חשבון או גוף שאושר לעניין זה בידי רשם העמותות. לעניין ועדת ביקורת יש לציין שבתקנות התאגידים הוחלו על ועדת ביקורת של תאגיד בריאות הוראות מחוק החברות, התשנ"ט-1999.

135 לפי סעיף זה, שר המשפטים, באישור ועדת החוקה חוק ומשפט של הכנסת, רשאי לקבוע שיעור הוצאות מרבי שרשאית עמותה להוציא לניהולה, לרבות לשכר ולגמול, ביחס למחזור או לכספים שהוציאה לקידום מטרתיה.

136 באישור ניהול תקין של התאגידים (שמשמעותו שהעמותה עומדת בכל דרישות חוק העמותות וכי נכסי העמותה והכנסותיה משמשים אך ורק את מטרת העמותה) נוספה ההערה "חברי הוועד מקבלים שכר מבית החולים [שם בית החולים] שמקבל כספים מהעמותה". רשם העמותות גם דרש מכמה עמותות למנות גוף מבקר נוסף על ועדת הביקורת. על פיקוח רשם העמותות ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 52ב (2002), בפרק "פיקוח ובקרה על עמותות", עמ' 795 ואילך.

137 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 56ב (2006), בפרק "פיקוח ובקרה על ביצוע תקציב המדינה", עמ' 214 ואילך.

סגן נציב שירות המדינה השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2006 כי "יש בהחלט מקום לבחון קביעת משרה של מבקר פנים בבתי החולים הממשלתיים הכלליים. נש"מ תעשה זאת מול הנהלת משרד הבריאות ומנהלי בתי החולים, וכן מול אגף תקציבים באוצר, האמור להקצות לנושא תקני כוח אדם. קביעה כזו תהיה גם הכנה לקראת ביקורת פנימית בתאגידים העתידיים".

גם במועד סיום הביקורת הנוכחית, ספטמבר 2008, לא היה מבקר פנימי אף לא באחד מבתי החולים. לעומת זאת, לתאגיד הבריאות יש כאמור גוף ביקורת (ועדת ביקורת או מבקר פנים או שניהם).

המשרד השיב שאין מקום למינוי מבקרים נפרדים, אם כי יש מקום לאפשר למבקר הפנים במשרד לקיים ביקורת יעילה גם בבית החולים. לדבריו, הוא דרש תוספת תקנים ממשרד האוצר, ולאחר אישורה יידון נושא הכפיפות של המבקרים מול נש"מ.

לדעת משרד מבקר המדינה, גם אם נעשית ביקורת פנימית, בין שמטעם המשרד ובין שמטעם התאגיד, הרי שכל ביקורת כזו נעשית מזווית ראייה צרה - של בית החולים או של תאגיד הבריאות - ואין ביקורת על המרכז הרפואי כישות אחת.

### בקות וכפל מנגנונים

אף על פי שתאגיד הבריאות מסייעים לפעילות בתי החולים, משרד מבקר המדינה מעיר כי בצד סיוע זה טמון גם קושי: קיום שתי ישויות משפטיות - בית חולים ותאגיד בריאות - במרכז רפואי ממשלתי מחייב בקרה מוגברת של הרשויות הן על נקודות ההשקה של ישויות אלה והן על עמידתן בהסכמי הפעילות שביניהן. גם הנהלות בתי החולים והנהלות התאגידים עוסקות בכך. גם שר הבריאות ושר האוצר נדרשים לתת את אישורם מדי שנה בשנה כדי שהתאגידים יוכלו להמשיך ולפעול<sup>138</sup>. רשם העמותות מבקר גם הוא את תאגיד הבריאות. כל העיסוק בכך גוזל משאבים ניכרים ממשרד המשפטים וממערכת הבריאות. להלן דוגמאות:

1. (א) המשרד בודק את היקפי הפעילות בתאגיד הבריאות בהשוואה להיקפי הפעילות בבית החולים. זאת כדי למנוע מצב שבו התאגיד מבצע פעולות ומקבל הכנסות שבית החולים היה צריך לבצע ולקבל, שכן דבר זה יגרום לתאגיד להציג רווחים ולבית החולים להפסיד הכנסות ולא לעמוד ביעד הכנסותיו, ואז המדינה תיאלץ לכסות מתקציבה את גירעונותיו. בנספח להסכם הפעילות בין בית החולים לתאגיד הבריאות שלידו מפורטות הפעולות שמבצע התאגיד והיחס שבין היקף הפעילות שלו להיקף הפעילות של בית החולים. לדוגמה, לתאגיד הבריאות בשיבא מותר לבצע 46% מסך פעולות הדימות בבית החולים, 108.75% מביקורי רופא ו-9.55% מהפעולות בתחום האורולוגיה. חשבות המשרד בוחנת מדי שנה בשנה אם תאגיד הבריאות עומדים ביחס הפעילות שלהם בבתי החולים, ואם התאגידים חורגים מיחס זה - הם נדרשים להסביר מדוע. נוכח חריגות שהיו משנת 2005 בתאגיד בריאות אחדים, ונוכח הסברי התאגידים כי מקור החריגות הוא בגידול בפעילותו של בית החולים עצמו, עדכן המשרד את מכסות הפעילות בבתי חולים אחדים, ולעיתים אף את שיעור הפעולות שיכולים לבצע התאגידים.

(ב) כאמור, תקנות התאגידים הותקנו בשנת 2001. בשנת 2004 תוקנו תקנות התאגידים בנושא השכר שמשולם לעובדיהם. עד שנת 2007 היו חילוקי דעות בין משרד הבריאות ובין הנהלות

138 חוק יסודות התקציב קובע שתאגיד בריאות לא יפעל אלא באישור שר הבריאות ושר האוצר ועל פי הכללים שייקבעו [סעיף 31א(א)].

תאגידי הבריאות בעניין הפרשנות שניתנה לתקנות התאגידי בשאלה כיצד יש לחשב את שכר העובד בתאגידי ביחס לשכרו בבית החולים - האם מגבלת ההשתכרות ומגבלת ההעסקה לפי היקף משרה חלות במצטבר? עמדתה של הלשכה המשפטית במשרד הייתה ששתי המגבלות חלות במצטבר, ואילו עמדתם של נציגי תאגידי הבריאות הייתה שאין הדבר כך. מכיוון שהנתונים נבדקו לפי עמדת הלשכה המשפטית, מדוחות בקרת השכר עלה ששכרם של עשרות רופאים בתאגידי הבריאות חרג מאוד מהגבול שהוגדר בתקנות.

בדצמבר 2007 הגיש צוות עבודה למנכ"ל המשרד המלצות לשינוי סעיפים אחדים בתקנות התאגידי, ובינואר 2008 אישר אותן המנכ"ל<sup>139</sup>. בנובמבר 2008 שונו תקנות התאגידי, אושרו ופורסמו ברשומות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי נקודות ההשקה בין בתי החולים לתאגידי הבריאות מחייבים עיסוק בפרשנות תקנות התאגידי, בעדכונין ובבקרה על הסכמי הפעילות.

2. בכל מרכז רפואי יש שני מנגנונים ניהוליים: האחד לתאגידי הבריאות והשני לבית החולים. כל אחד מהם מטפל בענייני ההנהלה, כוח האדם, הגזברות ועוד. בבית החולים ובתאגידי בודקים שהתאגידי עומד בתקנות התאגידי ובהסכם הפעילות עם בית החולים. לבית החולים ולתאגידי הבריאות יש גם שני תקציבים ושני דוחות כספיים נפרדים, וכן דוח כספי מאוחד. את הדוח הכספי של בית החולים מבקר רואה חשבון שממנה הנהלת בית החולים<sup>140</sup>. גם לתאגידי הבריאות יש רואה חשבון משלו. יוצא שקיים בזכו משאבים בקיום שתי הישויות המשפטיות. כל אלה פעילויות שעולות ממון רב ויוצרות בירוקרטיה מרובה.

בעניין קיום שני הגופים במרכז רפואי כתבה לרשם העמותות במרס 2006 היועצת המשפטית של משרד הבריאות, עו"ד מירה היבנר-הראל, כי הפעלת מוסד רפואי באמצעות שני גופים שונים (מדינה מזה ועמותה מזה) אינה מהלך טבעי; בדרך כלל ההעדפה היא כי ניהולו של מוסד אחד ייעשה באמצעות גורם אחד, שיהיה אחראי לכל היבטי פעילותו, וזאת כדי להבטיח את סדרי פעילותו של המוסד, את אחידותם של הסטנדרדים המקצועיים ואת רציפותם של השירותים, וכדי למנוע ריבוי של מוקדי החלטה במוסד הרפואי, על החיכוכים, התקלות וה"לעומתיות" שיכולים להתפתח בשל כך.

3. יתרה מזו, ליד כל מרכז רפואי יש גם עמותת חוג ידידים העוסקת בעיקר בגיוס תרומות למרכז הרפואי. גם לעמותה זו מנגנון ניהול משלה, ולעתים חלק מעובדי המרכז הרפואי חברים בו. יש לציין שבשיבא ולידו פועלים שלושה סוגי תאגידי במוסד לבית החולים.



139 נוסח התיקון הנוגע לחישוב השכר בתאגידי: "חלק העסקתו של עובד בית חולים בתאגידי, המתבצע בשיטת שכר של תיגמול לפעולה, לא יבוא בחשבון לצורך קביעת היחס בין היקף העסקתו בתאגידי לבין היקף העסקתו בבית החולים, לעניין התנאים המפורטים בפרט זה".

140 על מינוי רואי חשבון בבתי חולים ממשלתיים ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 56 (2006), בפרק "העסקת רואי חשבון על ידי גופים שלטוניים", עמ' 133 ואילך.

יוצא שמשאבים רבים ויקרים, כולל משאבי ניהול, מושקעים בקיום הישויות המשפטיות הנפרדות. מצב זה של קיום שתי הישויות הוא זמני, והפתרון המוסכם על גורמים רבים במערכת הבריאות הוא תאגוד בתי החולים.

## פעילות של מרכז רפואי בחו"ל

בינואר 2005 חתמה חברת תל השומר - מחקרים, תשתיות ושירותים רפואיים בע"מ (להלן - תה"ש מחקרים בע"מ) עם חברת Medical Services Guines Equatorial SA (להלן - חברה לשירותים רפואיים בגינאה) ועם נציגתה בארץ על הסכם למתן שירותי ייעוץ והדרכה בהקמת מרכז רפואי קליני בגינאה המשוונית שבאפריקה (להלן - גינאה). לפי ההסכם, תה"ש מחקרים בע"מ תבחר את המועמדים להדרכה (60 אחיות ו-23 רופאים), ותקופת ההדרכה תהיה 6-12 חודשים. תמורת זאת תקבל תה"ש מחקרים בע"מ מיליוני ש"ח בשלושה תשלומים, לפי התקדמות ההדרכה. נוכח ההסכם זה חתמה תה"ש מחקרים בע"מ עם תאגיד הבריאות על הסכם שלפיו יבצע התאגיד מטלות הקשורות להדרכה, להכשרה ולשהייה בחצרי שיבא ובמתקניה. את יתר המטלות, כגון ייעוץ לחברה לשירותים רפואיים בגינאה ולממשלת גינאה וכן איתור, אבחון וגיוס של מועמדים להכשרה בשיבא ולעבודה בבית החולים בגינאה תבצע תה"ש מחקרים בע"מ.

מנהל תאגיד הבריאות בשיבא, מר משה ברק, מסר למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2008 כי במסגרת פרויקט זה נסעו לחו"ל בשנת 2007 כעשרה עובדים, בהם רופאים, אחיות, עובדי מעבדה ועובד מינהל. המימון נעשה בידי המזמין או בידי תה"ש מחקרים בע"מ, על פי חישוב לפי ציוד אובדן הכנסה לפי ממוצעי שכר בחודשים קודמים (הכוונה לשווה ערך של תורנויות, כונוניות וססיות). עוד מסר מנהל התאגיד כי בשיבא הודרכו 48 אנשי צוות רפואי מגינאה ו-18 רופאים מדרום אמריקה ומארגנטינה (שיועדו לעבוד בבית החולים). רוב ההדרכה הייתה קלינית ונעשתה במחלקות או ביחידות בשיבא, ומקצתה נעשה במס"ר<sup>141</sup>. אחיות הודרכו במשך שישה חודשים בשנת 2005, ורופאים הודרכו בזמנים משתנים לכל רופא מאוגוסט 2006 ועד ספטמבר 2007. הפרויקט הסתיים בדצמבר 2007, ולא לפי התכנון המקורי של הנהלת שיבא<sup>142</sup>.

בעניין הפעילות בחו"ל - כללי מנהל תקין מחייבים להביא פרויקט כזה לפתחו של המשרד - הממונה והמפקח על מערכת הבריאות. ואכן, מנהל שיבא פנה בפברואר 2004 לשר הבריאות דאז, דני נוה, ותיאר בפניו כי נשיא גינאה ביקש משיבא לסייע בייעוץ לבנייה ולתפעול של בית חולים כללי; להערכת שיבא, נכון להיענות בחיוב להצעה הן מהטעם הכלכלי והן מהטעם של פיתוח המוניטין של ישראל באפריקה; מכיוון שמדובר בפרויקט חריג שמתבצע מעבר לים, חשוב לקבל את אישור שר הבריאות ולשמוע את דעתו באשר להתקשרות ולגוף המתקשר. למכתב צורפה חוות דעת של עורך דין, ולפיה חברת תה"ש מחקרים בע"מ היא הגוף ה"טבעי" להתקשרות זו.

שר הבריאות השיב למנהל שיבא כי הוא שמח שגינאה פנתה לבית חולים מוביל בישראל לקבלת ייעוץ בנוגע לבנייתו ולתפעולו של בית חולים כללי; באשר לשאלות על "עצם ההתקשרות, תנאיה, הגוף המתאים להתקשרות, הכדאיות הכלכלית, אופי העסקה, ביטוח לסוגיו, תקורות לבית החולים על מתן הידע ועוד - האחריות מוטלת עליכם לסכם את הנושאים עם הגורמים הרלבנטיים בבית החולים, במשרד הבריאות ובשאר משרדי הממשלה".

141 מרכז סימולציות רפואיות - מתקן הדרכה בשיבא.

142 משרד מבקר המדינה לא בדק את הפרויקט עצמו אלא את הסדרתו מול המשרד.

לא נמצא שמנהל שיבא פעל לפי הנחיית שר הבריאות וביקש את אישור משרד הבריאות, משרד האוצר או משרד החוץ לפעילות רבת-שנים זו בחו"ל.

מנהל שיבא ביקש בינואר 2005 אישור לנסיעה לחו"ל לגינאה לצורך סגירת הסכם ההדרכה עם ממשלת גינאה ממנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' אבי ישראלי. המנכ"ל ביקש פרטים על הנסיעה. לאחר שחזר מנהל שיבא מחו"ל הוא הסביר למנכ"ל המשרד כי ביצע במהלך נסיעתו "פיקוח עליון" על בניית בית החולים ו"איתור" שטח לבניית מרפאה. הוא גם נפגש עם נשיא גינאה, ולדבריו הנשיא הביע את תודתו על המאמץ שישראל עושה עבור מדינתו.

משרד הבריאות לא פעל לקבל מידע שלם וכולל משיבא בדבר הפרויקט, גם לא משנודע לו שהפרויקט בעיצומו. משרד מבקר המדינה מעיר כי היה ראוי לבחון היבטים של זכויות ואינטרסים מקצועיים וכלכליים של המדינה, היבטים של יחסי חוץ של המדינה ואף סיכונים ביטחוניים לפעולה של גוף ממשלתי במדינות אפריקה.

המשרד השיב בדצמבר 2008, כי בתחילת 2008 ביקשה הנהלת שיבא להופיע בפני הנהלת המשרד, להציג את פעילותה ולקבל הכשרה בדיעבד על פעילות זו. בעקבות מה שהתברר בהצגה זו מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבחינת "התקשרויות בתי חולים למתן ייעוץ בהקמה והפעלה של תשתיות בישראל ובחו"ל ומתן שירותים רפואיים במדינות זרות" (להלן - הוועדה).

הוועדה התבקשה לתת דעתה, בין היתר, לשאלות האלה: האם ראוי לאפשר לבית חולים ולממלאי תפקיד בבית חולים לעסוק בייעוץ להקמת תשתיות רפואיות בארץ ובעולם או בייעוץ לניהול מוסדות רפואה בארץ ובחו"ל על פי החלטה פנימית של המוסד ומנהליו או בכלל, לרבות מתן שירותים רפואיים בחו"ל; ואם כן - באילו קווים מנחים, עקרונות ותנאים; האם יש לדרוש אישור של המשרד לכל התקשרות כזאת; וכיצד מתיישבות התקשרויות כאלה עם הכללים לאישור עבודה נוספת של עובדי מדינה ועם הוראות נוספות החלות על עובדי מדינה. הוועדה התבקשה לבחון כמה התקשרויות שבוצעו בעבר ואם על המשרד להתייחס לסוגיה זו ב"מסגרות שאינן ממשלתיות", ואם כן - כיצד. הוועדה התבקשה גם להעביר את המלצותיה למנכ"ל המשרד עד אמצע מאי 2008.

הוועדה התכנסה לראשונה בתחילת יוני 2008, ובפרוטוקול נאמר שנמסרה הודעה למנכ"ל המשרד על עיכוב בעבודתה נוכח מורכבות הנושא. בינואר 2009 טרם פורסמו המלצות הוועדה.

מנהל שיבא כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2008, כי שיבא מעורב בפרויקטים נוספים של ייעוץ בחו"ל, שחלקם הסתיימו. בינואר 2009 הוסיף מנהל שיבא, כי משרד הבריאות לא נתן דעתו לתקופת הביניים, עד לסיום עבודת הוועדה, ולכן בפועל הקפיא את כל נושא הייעוץ בחו"ל, וגרם לנזק תדמיתי למדינת ישראל ולנזק כלכלי למרכז הרפואי.

יוצא שהמשרד הקים את הוועדה לאחר ששיבא כבר פעל בחו"ל במשך שנים אחדות ולאחר שהפרויקט בגינאה בעצם הסתיים. ראוי שהמשרד יקבע בהקדם כללים לפעילות של מרכזים רפואיים בחו"ל.

## חברת תל השומר - מחקרים, תשתיות ושירותים רפואיים בע"מ

כאמור, בתחומי שיבא פועלת גם תה"ש מחקרים בע"מ (להלן גם - החברה) שהיא חברה פרטית. החברה נוסדה בשנת 1993, ומטרותיה, בין היתר, "לנהל, לארגן, לפתח, להשתתף ולתמוך בכל דרך אפשרית בביצוע מחקרים מדעיים ורפואיים; לנהל, לארגן וליזום, לתכנן, לתמוך ולבצע כל פעולה הקשורה בפיתוח ואחזקה של שירותים, מכונים, מפעלים ומתקנים מסוגים שונים הקשורים למרכז הרפואי שיבא, בין במישרין ובין בעקיפין". נכסי החברה והכנסותיה ישמשו אך ורק למטרותיה או לסיוע ולתמיכה בפעילויות שיבא, וכל חלוקת רווחים או טובות הנאה בכל דרך שהיא בין חברה אסורה.

בעלי המניות בחברה הם עמותת חוג הידידים תל השומר ואנשים פרטיים (ש אחד מהם משמש גם כיו"ר חוג הידידים). חוג הידידים מחזיק במניית בכורה אחת, וכל אחד מהאנשים הפרטיים - במניה רגילה אחת. מניות הבכורה מעניקות לחוג הידידים 76% מכוח ההצבעה בכל אסיפות החברה. לדברי היועץ המשפטי של החברה, יש לחברה מאפיינים של חברה לתועלת הציבור, אך בשל פעילותה מדי פעם בפעם בעסקאות מסחריות, היא רשומה ופועלת כעוסק מורשה במע"מ וכנישום רגיל במס הכנסה. לדבריו, האנשים הפרטיים הנמנים עם חבריה אושרו בעבר בידי משרד הבריאות ומשרד האוצר לצורך הקמת חברה אחרת בשיבא במסגרת החלטת הממשלה בנושא תאגוד בתי החולים הממשלתיים.

החברה משמשת זרוע ביצועית של המרכז הרפואי: בתחום המחקרים - של תאגיד הבריאות, ובתחומים אחרים (כמו פעילות בחו"ל, ראו לעיל) - של המרכז הרפואי. פעילות החברה מוסדרת בהסכמים בכתב בינה ובין בית החולים, בינה ובין תאגיד הבריאות וכן בחוזים מול כל מיני גורמים חיצוניים.

1. אף כי החברה פועלת כבר כמה שנים (כאמור, מאז 1993), רק בנובמבר 2007 נחתם בינה ובין בית החולים שבשיבא הסכם המסדיר את אופן פעילות החברה הנעשית לטובת בית החולים, זאת למעט פעולות לקידום ול"הגנה על אמצאות", אך לרבות הסדרת השימוש שעושה החברה בשם בית החולים או בעובדי או בידע ובניסיון שלהם לקידום פעולותיה, המיועדות לטובת בית החולים ועובדיו.

לפי הסכם זה, החברה היא הגוף המבצע את הפרויקטים, העסקאות והפעולות המיועדות לטובת בית החולים שהן בעלות אופי עסקי וחורגות מפעולות של מלכ"ר; החברה לא תבצע פרויקטים ביוזמתה ללא אישור מראש ובכתב מטעם הנהלת בית החולים בכל פרויקט ופרויקט בנפרד; החברה מתחייבת כי תשתמש בכספים, בזכויות ובנכסים שהצטברו ברשותה אך ורק לטובת בית החולים על פי הנחיות בכתב של מנהל שיבא; החברה תהיה רשאית להציג את עצמה כלפי כל אדם או גוף כחברה הפועלת עבור בית החולים בכל מיני תחומים עסקיים. החברה רשאית להתקשר עם עובדים המועסקים בבית החולים באישור מנהל בית החולים, ואז תשלם לבית החולים את עלות שווי העסקתם בגין השעות שיקדישו לטובת פרויקטים של החברה על חשבון עבודתם בבית החולים. גם עבור שימוש במשאבים אחרים של בית החולים תשלם החברה לבית החולים את שוויים הריאלי.

בהסכם לא נקבע מנגנון לפיקוח של בית החולים על החברה, למשל דיווח תקופתי של החברה על פעולותיה.

2. לפי הסכם שחתמה החברה בשנת 2004 עם תאגיד הבריאות בדבר "קידום, פיתוח, מסחור וישום והגנה על אמצאות", החברה מתחייבת למלא כל הוראה או הנחיה שתמסר לה על ידי הנהלת בית החולים או על ידי הנהלת תאגיד הבריאות או על פי הוראות רשויות המדינה בנושאים

שבתחום אחריותן (להלן - הרשויות); החברה תמסור לתאגיד הבריאות אחת לשנה דוח על פעולותיה במסגרת הסכם זה; החברה מתחייבת להעביר או להמחות בכל עת את זכויותיה והתחייבויותיה על פי ההסכמים לכל גוף, אם וכאשר ייקבע על ידי הרשויות, באופן ובתנאים אשר ייקבעו על ידיהן.

**החברה לא מסרה לתאגיד הבריאות דיווח על פעולותיה בקשר למחקרים, ובכך נפגעה השקיפות הראויה.**

החברה הקימה במהלך שנת 2006 חברה-בת שיעודה פיתוח ושיווק כלים סטטיסטיים למדידת ביצועים רפואיים קליניים. עיקר פעילותה מתוכננת לגורמים בחו"ל. החברה מחזיקה ב-80% מהון המניות המונפק של החברה-הבת.

מנהל שיבא השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2009 כי החברה יצרה מנגנון המשמר את הקניין הרוחני. יש מחלוקת בנושא עם משרד האוצר, ולכן מתעכבת גם הקמת חממה טכנולוגית בשיבא, שתפתח מוצרי ביוטק חדשים, כפי שאפשר וצריך לעשות בזמן הזה.

בינואר 2005 כתב מנהל שיבא למנכ"ל המשרד, פרופ' ישראלי, על החברה ועל פעילותה בנושא מחקרים ובנושא פעולות ייעוץ בחו"ל. משרד מבקר המדינה מעיר כי החברה היא זרוע ביצועית של המרכז הרפואי שהוא גוף ממשלתי ועושה שימוש במשאבי המדינה ובידע של המדינה. מן הראוי היה שהמשרד, שהוא הבעלים של המרכז הרפואי וגם רגולטור של מערכת הבריאות כולה, יבחן את תקינות אופן ההתאגדות של החברה, כולל השאלה אם ראוי שחוג הידידים של שיבא יהיה בעל שליטה בחברה זו. נמצא שהמשרד לא עשה זאת.

ראוי שהמשרד והנהלת שיבא יעמדו על כך שהזיקה בין שיבא ובין החברה תמצא ביטוי גם במסמכי התאגוד של החברה.

3. מנהל בית החולים השיקומי והאחראי למחקרים בשיבא, פרופ' שלמה נוי, משמש יו"ר הדירקטוריון של חברת תה"ש מחקרים בע"מ, ומנהל שיבא, פרופ' רוטשטיין, משמש מנהלה<sup>143</sup>.

יוצא שבשיבא פרופ' רוטשטיין אחראי לפרופ' נוי בעניין המחקרים, ואילו בחברה פרופ' רוטשטיין (כמנכ"ל החברה) נתון לפיקוחו של פרופ' נוי (כיו"ר הדירקטוריון). בנוגע לכלל פעילות חברת תה"ש מחקרים בע"מ צריך פרופ' רוטשטיין, כמנהל המרכז הרפואי המושלב שיבא, לקבל דיווחים מפרופ' נוי ומעצמו במסגרת תפקידו כמנכ"ל החברה. כל זאת ללא חובות דיווח למשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה, מערך כפיפויות זה של פרופ' רוטשטיין אינו ראוי, והדבר פוגע בפיקוח ובבקרה על החברה. מן הראוי שהנהלת שיבא תבחן את הצעה למנות את נציגה, באישור המשרד, למנכ"ל החברה, וזה יהיה חייב לדווח להנהלת שיבא ולמשרד.

143 בעניין סוגיית ניגוד עניינים אפשרי בין תפקידיו של פרופ' זאב רוטשטיין ראו גם בפרק "עבודות מחוץ לתפקיד של מנהלי בתי חולים", עמ' 000.



## ניהול הפרוטוקולים של המוסדות המנהלים בתאגידי הבריאות

כאשר מנהלים גוף בהיקף גדול, ובפרט גוף ציבורי, ראוי שמעיון בפרוטוקול ישיבות ההנהלה יהיה אפשר לדעת מי השתתף בהן, מה נאמר בהן, אילו נושאים עלו לדיון, אילו החלטות התקבלו ועל אילו החלטות דווח שבוצעו. סביר שלהנהלת הגוף יהיו סוגיות רבות לדיון - למשל התקשרויות עם גופים חיצוניים וניהול כוח האדם - וסוגיות אלה יבואו לידי ביטוי בפרוטוקולים.

כאמור, חלק ממוסדותיה של עמותה הם אסיפה כללית וועד עמותה. סעיף 25 לחוק העמותות קובע שהוועד ינהל את ענייני העמותה, וכידיו תהיה כל סמכות שלא נתייחדה בחוק או בתקנון למוסד אחר ממוסדות העמותה. תפקידי הוועד הם לקבוע את תכניות העבודה של העמותה; להמליץ לאסיפה הכללית על מסגרת תקציב שנתית; לעקוב אחר מצבה הכספית של העמותה; למנות ולפטר מנכ"ל; לפקח על העובדים הבכירים של העמותה; לקבוע את מדיניות השכר והתשלומים; לכנס אסיפות כלליות מן המניין ושלא מן המניין, ולדווח להן על מצב ענייני העמותה; לערוך את הדוחות הכספיים של העמותה; לדון, להחליט ולפעול בכל ענייני העמותה, כפי שיימצא לנכון<sup>144</sup>. לפי חוק העמותות, אסיפה כללית רגילה של חברי העמותה תתקיים במועדים הקבועים בתקנונה, ולא פחות מאחת לשנה.

משרד מבקר המדינה בדק פרוטוקולים מינואר 2006 ועד ספטמבר 2008 של הוועד המנהל ושל האסיפה הכללית בתאגידי הבריאות הפועלים במרכזים הרפואיים שיבא, סוראסקי, נהרייה וברזילי, ולהלן הממצאים:

### מידת הפירוט בפרוטוקולים

הפרוטוקולים של התאגיד בסוראסקי אינם מפורטים דיים: אין פירוט של הנושאים שנדונו אלא מופיעות כמה החלטות לקוניות שרובן אישור הדוחות הכספיים לפי המלצת ועדת הביקורת. בפרוטוקולים של התאגיד בסוראסקי, פרט לשניים מהם<sup>145</sup>, לא צוינו שמות המשתתפים אלא נכתב רק: נוכחים - מניין חוקי, ליור נבחר - פרופ' גבי ברכש. בפרוטוקולים של התאגידים האחרים, לעומת זאת, צוינו שמות המשתתפים בדיון ופירוט הנושאים שנדונו וההחלטות שהתקבלו. בין הנושאים שפורטו: רכישות, מחקרים, כוח אדם, נסיעות לחו"ל, סקירה של הדוחות הכספיים, תקציבים ועוד.

### נדירות דיוני המוסדות המנהלים בתאגידיים

הוועד המנהל של התאגיד בסוראסקי התכנס עשר פעמים (דהיינו דיון בכל שלושה חודשים בממוצע). בתאגידיים הפועלים במרכזים הרפואיים שיבא, נהרייה וברזילי היו דיונים רבים יותר<sup>146</sup>. האסיפה הכללית בתאגיד בסוראסקי התכנסה שלוש פעמים - פעם אחת בשנת 2006 ופעמיים בשנת 2007. בחלק מהתאגידיים האחרים - פעמים רבות יותר<sup>147</sup>.

144 ניהול תקין של עמותות, ינואר 2005, משרד המשפטים, רשם העמותות.

145 מספטמבר ומנובמבר 2006.

146 בברזילי - 11; בשיבא - 13; בנהרייה - 40.

147 בשיבא - 7; בנהרייה - 8.

### אישור הפרוטוקולים על ידי חברי המוסדות המנהלים

כדי למנוע חילוקי דעות או אי-הבנות בנוגע להחלטות שהתקבלו בדיוני המוסדות המנהלים של תאגידי הבריאות ראוי שחברי הוועד המנהל יחתמו עליהם<sup>148</sup>.

על הפרוטוקולים של הוועד המנהל בתאגיד בסוראסקי חתם מנהל המרכז הרפואי ויו"ר התאגיד, פרופ' גבי ברבש בלבד. על הפרוטוקולים של האסיפה הכללית בסוראסקי חתומים יו"ר העמותה וחבר ועד אחד.



משרד מבקר המדינה מעיר כי המשרד לא קבע קווים מנחים בנוגע לכינוס המוסדות המנהלים בתאגידי הבריאות.

מנהל בית החולים הכללי סוראסקי, ד"ר רוני גמזו, השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי הפרוטוקולים של הוועד המנהל ושל האסיפות הכלליות יפורטו להבא יותר משפורטו עד כה. משרד הבריאות השיב בדצמבר 2008 כי בביקורת שעשה בשנת 2008 בתאגידיים נמצאו ממצאים דומים, וכי בכוונתו להפיץ חוזר בנדון.

### תאגוד בתי החולים הכלליים

כאמור, למשרד יש כמה תפקידים: לייצר ולספק שירותי בריאות, לגבש מדיניות בריאות, לתאם ולפקח על מערכת הבריאות. במציאות זו מובנה מצב של ניגוד עניינים<sup>149</sup>. גם משרד מבקר המדינה העיר בעבר כי לנוכח העובדה ששוק מערכת הבריאות אינו שוק משוכלל, יש חשיבות לפיקוח הממשלתי, אולם כל עוד הגורם המפקח - המשרד - הוא גם הבעלים של בתי החולים הממשלתיים, שאלת יכולתו למלא את תפקידיו כמפקח נותרת בעינה<sup>150</sup>.

### ועדות ממלכתיות

נוכח כל החסרונות האמורים לעיל, מאז תחילת שנות התשעים של המאה העשרים עסקו כמה ועדות ממלכתיות בהפרדת המשרד מבתי החולים שהוא מפעיל ובמודל הרצוי של אופן ההתאגדות המשפטית של בתי החולים. להלן פירוט:

- 148 יצוין כי הפרוטוקולים בסוראסקי אינם מפורטים, כאמור, כך שלא ידוע מה אמר כל משתתף בדיון.  
 149 עוד על תפקידיו של המשרד ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 254 (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 463; מבקר המדינה, דוח שנתי 253, בפרק "עבודת המטה במשרדי הממשלה" עמ' 78; מבקר המדינה, דוח שנתי 250 (2000), בפרק "הסדרי התחשבות בין קופות החולים לבין בתי חולים ממשלתיים", עמ' 122.  
 150 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 254 (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 468.

1. ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, בראשות השופטת שושנה נתניהו (להלן - ועדת נתניהו): הוועדה מונתה ביוני 1988 בידי נשיא בית המשפט העליון, השופט שמגר, והגישה המלצותיה באוגוסט 1990. הוועדה העירה כי תקנות התקשי"ר אינן מתאימות לתפעול בתי חולים. המשרד אינו מסוגל למלא ביעילות את תפקידיו המיניסטריאליים בד בבד עם עיסוק באספקת שירותי בריאות לפרט (שירותי אשפוז או שירותים אחרים); תפקידו העיקרי של המשרד הוא לקבוע מדיניות בריאות לאומית, בראייה כוללת וארוכת טווח, בשילוב כל המגזרים במערכת ואגב הבטחת תפקודה היעיל והחסכוני; על המשרד להשתחרר מניהול ישיר של שירותי בריאות לפרט, כולל בתי חולים, ועליו להימנע מלעסוק בתפקידים ביצועיים.

ועדת נתניהו המליצה שתיעשה רפורמה לשיקומה של מערכת הבריאות בישראל, כולל העברת ניהול בתי החולים של הממשלה ושל הכללית לידי תאגידים, ואלה יפעילו אותם עצמאית, כדי שתהיה להם הגמישות הדרושה להתנהל באופן רווחי, רק מתוך הכנסותיהם, על פי שיקולים כלכליים ועסקיים, אך לא למטרת חלוקת רווחים; עם זאת, בתי החולים יוכלו להישאר בבעלות הממשלה ובבעלות הכללית. הממשלה אימצה את המלצות ועדת נתניהו.

2. הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, בראשות מר עדי אמוראי (להלן - ועדת אמוראי): ועדת אמוראי מונתה בדצמבר 2000 בידי ראש הממשלה דאז, מר אהוד ברק, והגישה את המלצותיה בשנת 2002. גם ועדה זו העירה שהמשרד חייב להשתחרר מתפקידו כיצורן שירותים ולהתמקד בהתוויית מדיניות בריאות לאומית ובנשיאה באחריות לזכאות הציבורית, זכאות הנגזרת מצרכים משתנים ומתבססת על תכנון לטווח בינוני וארוך, ולא כזו המתמקדת בפתרון מצוקות נקודתיות. ועדת אמוראי העירה שאף על פי שיש הסכמה רחבה בדבר חשיבות הפרדת בתי החולים הכלליים מבעליהם, בפועל ההפרדה אינה מתבצעת<sup>151</sup>. הוועדה המליצה לתאגד את בתי החולים. התאגוד נחוץ, לדעתה, גם להתמודדות נאותה עם היעדר מערכת תמחור מרכזית לקביעת מחירי השירותים הניתנים על ידי בתי החולים<sup>152</sup>.

ועדת אמוראי המליצה שבתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של הכללית יקבלו מעמד של תאגידים עצמאיים שלא למטרות רווח, ותאגידי הבריאות הקיימים ישולבו בבתי החולים הממשלתיים. כדי למנוע עיכובים בתהליך התאגוד המליצה הוועדה שבשלב ראשון יקבלו בתי החולים הממשלתיים מעמד של חברות ממשלתיות, ויוקם מנגנון בלתי תלוי למינוי דירקטורים בבתי החולים הממשלתיים; הדבר ייעשה מתוך התאמת הנהלים לתפעול בתי חולים כדי להקל על השגת שיתוף הפעולה של העובדים; הנדל"ן, המכשור והציוד יישארו בשלב זה בבעלות מלאה של המדינה.

לאחר שהוגשו המלצות הוועדה התקיימו דיונים בראשות מנכ"ל משרד ראש הממשלה לסיכום עמדות משרד הבריאות ומשרד האוצר כלפיהן. בדצמבר 2004 הגיש הממונה על השכר דאז, מר יובל רכלבסקי, את סיכומי הדיונים למנכ"ל משרד ראש הממשלה דאז, מר אילן כהן. בסיכומי הדיונים נאמר שמקובלת על מנכ"ל משרד ראש הממשלה ההסכמה כי מאמצים את עקרון התאגוד; בתי החולים יתפכו לחברות לתועלת הציבור ללא מטרות רווח, כמפורט בהחלטות הממשלה בנושא; אין הסכמה להמלצה בדבר הפיכת בתי החולים לחברות ממשלתיות בשלב ביניים.

151 לדעת הוועדה, הסיבות לעיכובים בביצוע התאגוד: התמודדות עם איגודים מקצועיים חזקים; קיומם של תנאי פתיחה שונים לכל בית חולים (פיזיים, תשתיתיים וגאוגרפיים); תחושת אי-ודאות בהנהלות בתי החולים ובקרב העובדים, ועוד.

152 עוד על מחיר השירותים בבתי החולים ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54 (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445.

3. הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים, בראשות רו"ח משה ליאון (להלן - ועדת ליאון): ועדת ליאון מונתה במאי 2003 בידי שר הבריאות דאז, מר דני נוה. הוועדה התבקשה לבחון חלופות להפעלת בתי החולים הממשלתיים ולמבנה הבעלות שלהם ולהגדיר את התנאים שבהם תוכל מערכת כזאת לפעול באופן מיטבי. הוועדה גם התבקשה לבחון את האפשרות לתאגד את בתי החולים, כולם או חלקם, ואת האפשרות להפעיל בתי חולים מסוימים בידי קופות החולים. עוד התבקשה הוועדה לבחון אם אפשר להחיל על בתי החולים הסדרים אחרים שייתנו מענה לכשל המערכת בתחום זה.

ועדת ליאון המליצה במאי 2004 להפוך את בתי החולים הממשלתיים ואת בתי החולים של הכללית לבתי חולים ציבוריים הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח, תחת דירקטוריון, בדרך שתאפשר ליצור מיוזגים ואיחודים. עוד המליצה הוועדה להקים רשות בתי חולים בכפופות לשר הבריאות, שאליה יועברו פונקציות מהנהלת משרד הבריאות בנושאים האלה: פיקוח על תפקוד בתי החולים ואספקת שירותי אשפוז, פיקוח על כללי ההתחשבות מול לקוחות בתי החולים, קידום מערך המידע בכלל ומערך תמחיר מרכזי בפרט - וכל זאת על פי המדיניות שיקבע המשרד; הרשות תהיה רשות מפקחת ומתאמת בלבד, ואין היא אמורה לנהל בתי חולים. כשלב ביניים הציעה הוועדה להקים מינהלת הקמה שתלווה את הליך התאגוד מיום פרסום מסקנות הוועדה ועד לסיום הליך החקיקה ותשמש כסיס לרשות בתי החולים.

ועדת ליאון הציעה שכל בית חולים או אשכול של בתי חולים יתואגד כחברה לתועלת הציבור, וחברה זאת תפעל על פי חוק החברות, התשנ"ט-1999 וחוק בתי חולים בישראל, לכשיחוקק; הבעלות על בית חולים מתואגד תהיה בידי המדינה, אלא אם כן שר הבריאות ושר האוצר יקבעו אחרת; מסמכי ההתאגדות יהיו אחידים לכל בתי החולים המתואגדים, והם יפורטו בנספח לחוק. הוועדה המליצה המלצות גם בנוגע לקיום דירקטוריון והנהלה. כן עסקה הוועדה בכישורים הנדרשים ממנכ"ל בית החולים, בכפופותו של המבקר הפנימי, בהיות בית החולים נתון לביקורת מבקר המדינה והממונה על השכר ובאופן העסקת עובדים בתאגיד. יש לציין כי הצורך בתאגוד עולה גם במאמרים רבים שפורסמו משנת 1994 ואילך.<sup>153</sup>

נציג משרד האוצר בוועדת ליאון הסתייג מההמלצה להפוך את בתי החולים לחברות ממשלתיות וכן מההמלצה להקים רשות בתי חולים. עמדת משרד האוצר פורטה בעמדת המיעוט.

153 רופאים ומדינה: תאגוד בתי החולים בישראל, 'י' ישי, מכון ירושלים לחקר ישראל, 1994, עמ' 67; תאגוד בתי חולים ציבוריים בישראל: הערכת התפתחות וחלופות למדיניות, א' שירום, נ' אגוז, ג' בן נון, ח' דורון, ד' מיכאלי, ז' מישל, ד' צ'רניחובסקי, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, 1997; תאגוד בתי החולים - חוליה חסרה ברפורמה במערכת הבריאות בישראל, ע' גור, א' אלסטר-גראו, רבעון לכלכלה, 1997, 4/97, עמ' 754-721; לקראת רפורמה במבנה וארגון בתי החולים, ד' מיכאלי, הרפואה, 1997, 133, עמ' 63-61; עיצוב והתפתחות מדיניות תאגוד בתי חולים ציבוריים בישראל, א' שירום, מתוך המדיניות הציבורית בישראל, בהוצאת המכון הישראלי לדמוקרטיה, 1999, עמ' 327-380; תאגוד בתי החולים - לאן?, ש' שאשא, בטחון סוציאלי, 54, 1999, עמ' 130-151; תאגוד בתי חולים - הצורך והמשמעות, ש' מור-יוסף, הרפואה, אוקטובר 2005, כרך 144, חוברת 'י'.

## החלטות ממשלה

פרט לוועדות הממלכתיות קיבלה הממשלה בשנים 1997-2007 כל מיני החלטות בנושא מעמד בתי החולים הכלליים<sup>154</sup>, והאחרונה שבהן הייתה להקים צוות בהשתתפות נציגי משרד האוצר, נציגי משרד הבריאות והיועץ המשפטי לממשלה (להלן - הצוות), שיפעל לגיבוש חקיקה במסגרת הצעת חוק המדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008 לפי העקרונות האלה: יחידת סמך של המשרד המפעילה בית חולים עצמאי תתואגד לפי הוראות שר הבריאות ושר האוצר כתאגיד עצמאי שהוא מוסד ללא כוונת רווח או כחברה לתועלת הציבור (החברה המנהלת); ועדת מכרזים בין-משרדית תחליט מי יחזיק בחברה המנהלת - קופת חולים או גוף אחר; בחקיקה שיגבש הצוות ייכללו הוראות והסדרים ככל שיידרש לעניין תאגוד בית החולים כחברה מנהלת ולעניין הפעלתו. ההוראות וההסדרים האמורים יעסקו בין השאר בנושאים: קביעת סוג הגוף שיחזיק בחברה המנהלת, ודרך קביעת זהותו; מטרות החברה המנהלת; בחירת חברים שיכהנו באסיפה הכללית ובדירקטוריון החברות המנהלות; סמכויות גופים אלה; כלי פיקוח, בקרה ואכיפה של הבטחת המטרות הציבוריות של בית החולים, ופעולתה התקינה של החברה המנהלת; זכויות חזקה ושימוש של החברה המנהלת במקרקעין של בתי החולים והמחברים להם, שיישאו בבעלות המדינה, ועוד.

עוד החליטה הממשלה בהחלטתה האמורה: לקבוע בחוק כי ממועד התאגוד של בית החולים כחברה מנהלת לא יפעל תאגיד הבריאות בבית החולים, ופעילותו תופסק; לקבוע את מעמד עובדי בית החולים; לתת הוראת תאגוד לעניין העברת שיבא לחברה מנהלת בהחזקה של קופת חולים. הממשלה החליטה גם שאם ייתנו השרים הוראת תאגוד בנוגע לבית חולים כלשהו, יושלם התאגוד בתום תקופה שלא תעלה על 18 חודשים מיום מתן ההוראה, ועד מועד זה יעברו עובדי בית החולים להיות עובדי החברה המנהלת.

## פעולות הצוות לגיבוש חקיקה בעניין תאגוד

לאחר שהתקבלה החלטת הממשלה משנת 2007 הוקם צוות בראשות המשנה היועץ המשפטי לממשלה (כלכלי-פיסקאלי) לשעבר, עו"ד גב' דוידה לחמן-מסר. עד מרס 2008 קיים הצוות שתי פגישות. בפגישות הללו דנו חברי הצוות במודל הרצוי לתאגוד בתי החולים, אולם הם מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה באפריל וביוני 2008 כי בדיונים עלו חילוקי דעות בין נציגי משרד הבריאות לנציגי משרד האוצר בדבר הזהות הרצויה של הבעלים של בתי החולים לאחר שיתואגדו: נציגי משרד האוצר היו בדעה שקופת חולים כלשהי היא שצריכה להחזיק בבתי החולים, ואילו נציגי משרד הבריאות התנגדו לכך ותמכו בהקמת חברה ממשלתית, כפי שהמליצו כאמור הוועדות שדנו בנושא. מאז לא קוימו דיונים נוספים בצוות. יצוין כי לא נמצאו שום מסמכים המתעדים את הנאמר בדיונים שקוימו. חוק ההסדרים לשנת 2009 מאוגוסט 2008 אינו כולל פרק בנוגע לתאגוד בתי החולים הכלליים.

154 קידום עבודת מטה לקראת תיאגוד, החלטה מס' 2641 מ-8.9.97; העברת בתי חולים אחדים לידי חברות מנהלות, החלטה מס' 130 מ-25.3.03; איחוד בתי החולים רמב"ם ובני ציון, העברת בית החולים וולפסון לחברת ניהול בבעלות אחת מקופות החולים, החלטה מס' 699 מ-14.8.03; העברת הלל יפה, שיבא ורמב"ם לידי חברות מנהלות, בחינת האפשרות למזג את פעילות בתי החולים פלימן בחיפה ובית החולים הפסיכיאטרי בטירת הכרמל עם זאת של חברת ניהול של רמב"ם, לכשתקום, העברת המרכז הרפואי רבין שבפתח תקווה, הפועל כיחידה של הכללית, לידי חברה מנהלת בבעלות הכללית, החלטה מס' 2460 מ-15.8.04; הקמת צוות מקצועי אשר יפעל להעברת ניהולם של בתי החולים לידי חברות מנהלות, וזאת על פי העקרונות הקבועים בהחלטת הממשלה מאוגוסט 2004, החלטה מס' 471 מ-12.9.06; הקמת צוות לגיבוש חקיקה, החלטה מס' 2203 מ-12.8.07.

### עמדות יתר השותפים להליך התאגוד

מלבד הממשלה שותפים להליך התאגוד גם הכללית - כבעלת בתי חולים כלליים, וגם הר"י - כחתומה על הסכמים קיבוציים עם המעסיקים. לדעת הנש"מ, שותפים חיוניים לתהליך התאגוד הם גם הסתדרות האחיות והסתדרות עובדי המדינה. להלן עמדותיהם של הכללית ושל הר"י בנושא זה:

#### עמדת הכללית

עוזר המנכ"ל לענייני ביקורת בכללית כתב למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2008 כי המלצות ועדת ליאון משקפות מתווה ריאלי לתאגוד בתי החולים. העקרונות החשובים בדוח זה והמקובלים על הקופה הם: תאגוד צריך לחול על כל בתי החולים, הן הממשלתיים והן של הכללית; התאגוד צריך להיות מלווה בשינוי מבנה התעריפים במערכת האשפוז כך שיכללו את עלות הפנסיה לעובדים ואת הביטוח לרשלנות רפואית - פעולה זו תאפשר תחרות שווה בין בתי החולים; יש להגדיר תכנית רב-שנתית לצמצום פערי התשתית שבין כל בתי החולים; יש להקים רשות אשפוז לאומית.

#### עמדת הר"י

מזכ"ל הר"י, עו"ד לאה ופנר, כתבה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2008 כי הר"י תמכה ברעיון התאגוד מאז ומתמיד; עם זאת, אי-אפשר להתחיל בתהליך התאגוד ללא הסכמת כלל הגורמים המעורבים בתהליך וללא הכנת תשתית מתאימה, אחרת יסב התאגוד נזק רב למערכת הבריאות ולציבור החולים; הר"י שולבה כמשקיפה במסגרת דיוני ועדת ליאון והציגה את עמדתה כארגון עובדים בסוגיות הקשורות להיבטי כוח אדם והעסקת עובדים, ומהמלצות הוועדה אפשר לראות שחלק ניכר מעקרונות היסוד של הר"י אומצו.

עוד כתבה מזכ"ל הר"י כי בניגוד מוחלט להמלצות ועדת ליאון פרסמה הממשלה כל מיני החלטות בדבר תאגוד בתי חולים באמצעות העברתם לידי חברות מנהלות שיהיו בבעלות קופות החולים; מדובר בהחלטות שבכוונתן ליישם באופן בלתי זהיר את תאגוד בתי החולים; החלטת ממשלה אינה יכולה להיות תחליף לדין ציבורי מסודר בנושא התאגוד ולראייה ארוכת טווח; בניגוד להמלצות כל הוועדות עד ספטמבר 2008, מינהלת ההעברה כוללת את קופות החולים, ועל הוועדה המייעצת להנחות ולייעץ ליו"ר מינהלת ההעברה בסוגיות הקשורות לעיצוב מדיניות האשפוז בישראל (ראו להלן); דבר זה לא רק שנוגד לחלוטין את המלצת ועדת ליאון, אלא יש בו כדי להוציא אל הפועל את עמדת האוצר<sup>155</sup> שיש להפוך את בתי החולים לתאגידים עצמאיים בבעלות הקופות.

לפיכך סברה הר"י כי הקמת מינהלת ההעברה חוטאת לעיקר, ויתרה מכך, היא הרת אסון למערכת הבריאות; בשל כל אלה, ולאחר שסירב שר הבריאות להעמיד בראש מינהלת ההעברה רופא, החליטה הר"י לפרוש מהוועדה המייעצת; כל פעילות שתיעשה בנושא הפרדת בתי החולים מהמדינה, חינוכי שתיעשה ברוח המלצות הוועדות אשר בדקו את הנושא היטב על כל היבטיו, באופן המקצועי והאובייקטיבי ביותר, ושבראשה יעמדו רופאים שהם ציר מערכת הבריאות. לדברי הר"י, התנאים ההכרחיים לשיתוף פעולה של ארגון רופאי המדינה ושל הר"י בנושא התאגוד הם: הבטחת איתנותם הכלכלית של בתי החולים; הסדרת התאגוד רק בהסכם קיבוצי; שמירה על זכויות הרופאים כפי שהיו ערב התאגוד; הפעלת התאגוד בעת ובעונה אחת בכל בתי החולים בארץ; קביעת רשת ביטחון להבטחת זכויות העובדים טרם התחלת התאגוד; הגנה על בתי חולים - בפרט הקטנים או אלה שבפריפריה - מפני פגיעה בהתמחות, במחקר ובאקדמיה; שמירה על איכות הטיפול הרפואי בעידן שבו השיקול הכלכלי יהיה השיקול הדומיננטי, ועוד. מזכ"ל הרי הוסיפה

155 שכאמור לא התקבלה על דעת ועדת ליאון, והובעה כדעת מיעוט בוועדה.

וכתבה כי הנזקים העלולים להיגרם מביצוע שגוי ונמהר של התאגוד עלולים להיות חמורים ביותר; דברים אלה מקבלים משנה תוקף בייחוד נוכח ההצלחה המועטה של תאגידי הבריאות בארץ וכישלונן של רפורמות דומות שנעשו בחו"ל; רק בשיתוף פעולה מלא עם הר"י ייושם הליך התאגוד באופן הראוי ביותר ולטובת כל הנוגעים בדבר.

### הקמת מינהלה להעברת בתי חולים להפעלה בידי חברות מנהלות

בנובמבר 2006, לאחר שהתקבלה החלטת ממשלה להקים צוות אשר יפעל להעברת ניהולם של בתי החולים לידי חברות מנהלות, מינה שר הבריאות, ח"כ יעקב בן יורי, את הסמנכ"ל לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד, גב' רות רלב"ג (להלן - הסמנכ"ל לתכנון, תקצוב ותמחור), ליו"ר המינהלה להעברת בתי החולים הכלליים הממשלתיים לידי חברות מנהלות (להלן - מינהלת ההעברה). תפקידי יו"ר מינהלת ההעברה, לפי כתב המינוי: יישום החלטת הממשלה להעביר את בתי החולים הממשלתיים לידי חברות מנהלות והפיכתם לישות משפטית עצמאית ונפרדת; הסדרת המבנה הארגוני של בתי החולים, הסדרת יחסי הגומלין בין בתי החולים ללקוחותיהם והסדרת הפיקוח עליהם; התוויית המדיניות הכלכלית לפעילות בתי החולים; בניית תכנית עבודה להליך ההעברה ומעקב אחריה; סיוע וליווי עסקי להעברה לידי חברה מנהלת; פיתוח וקביעה של מנגנונים וכללים לפיקוח ובקרה - חשבונאיים ולא חשבונאיים - ועוד.

כאמור, הוועדות הממלכתיות וחלק מהחלטות הממשלה עסקו בצורך לתאגד את בתי החולים הכלליים, הן הממשלתיים והן אלה של הכללית. מינהלת ההעברה, לעומת זאת, תפקידה לעסוק בבתי החולים הכלליים הממשלתיים בלבד.

### ועדה מייעצת למינהלת ההעברה

על פי כתב המינוי ליו"ר מינהלת ההעברה, על מינהלת ההעברה להיוועץ בוועדה מייעצת בראשות מנכ"ל המשרד, שתנחה אותה בסוגיות הקשורות לעיצוב מדיניות האשפוז בישראל ולהפעלת בתי חולים. הוועדה המייעצת תכלול את נציגי הנהלת המשרד וכן מנהלי ארבע הקופות, נציג ממשרד האוצר, שני מנהלי בתי חולים ושלושה נציגי ציבור. הוועדה המייעצת התכנסה בפברואר 2007. שר הבריאות ח"כ יעקב בן-יורי אמר בפתחת הדיון שעבודת הוועדה תהיה רצופה - התת-ועדות יפעלו בעת ובעונה אחת, הפורום המלא יכנס פעם בחודש וחצי עד חודשיים ויקבל דיווחים מהתת-ועדות. השר הדגיש את הצורך בקיום דיאלוג בין כל הגורמים השלטוניים (משרד האוצר, נש"מ ועוד). חברי הוועדה הביעו בדיון עמדות שונות, ושר הבריאות סיכם ואמר שהוא יזמן את מנכ"ל ההסתדרות ואת יו"ר הר"י כדי להבין "איך מתמודדים עם הנושאים העומדים לפנינו. הממשלה מתייחסת ברצינות לתכניות רב-שנתיות. יש להביא תכנית העוסקת במצבם הנוכחי והעתיד של שירותי הבריאות בישראל".

ואולם, עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2008, לא התקיימו דיונים נוספים של הוועדה המייעצת.

### ועדות במינהלת ההעברה

במחצית השנייה של שנת 2007 מינה מנכ"ל המשרד ארבע ועדות במינהלת ההעברה: ועדה לנושאים משפטיים, ועדה לנושאי כוח אדם, ועדה להשלמת פערים חשבונאיים וועדת היגוי. ועדת

ההיגוי, שבראשה עומד יו"ר מינהלת ההעברה, צריכה להנחות את יתר הוועדות ולגבש מודל הפעלה כוללני להפעלת בית חולים בידי חברה מנהלת.

הוועדה לנושאים משפטיים בראשות הסמנכ"ל לקופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד, מר יואל ליפשיץ, התבקשה לדון ולהמליץ למינהלת ההעברה בנושא המבנה המשפטי של בתי החולים הממשלתיים. הוועדה הייתה צריכה לעסוק בסוגיות כגון המסגרת החוקית, הסדרת הישות המשפטית המפעילה את בית החולים, הבעלות על המרכז הרפואי, זהות המעסיק ופיקוח על בתי החולים. הוועדה לנושאי כוח אדם בראשות הממונה על השכר דאו, מר אלי כהן, התבקשה להמליץ על המודל הראוי להעסקת עובדים בבתי החולים ולעסוק בסוגיות הקשורות לשכרם. הוועדה הייתה צריכה לעסוק בסוגיות כגון זהות המעסיק, שימור זכויות עובדים, אחריות פנסיונית, מבנה ארגוני ומודל העסקה. הוועדה להשלמת פערים חשבונאיים בראשות יו"ר דירקטוריון חברת מגדל, מר אהרן פוגל, התבקשה לבחון את השלמת פערי הדיווח החשבונאיים והכלכליים באופן שיאפשר לבחון את מוכנות בתי החולים לניהול עצמאי ואת הנדרש לשם כך בהיבטים הכלכליים.

יו"ר הוועדה לנושאים משפטיים, מר יואל ליפשיץ, מסר לנציגי משרד מבקר המדינה ביולי 2008 כי הוועדה בראשותו קיימה דיון אחד בלבד, והפסיקה את פעולתה. נציג הממונה על השכר מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי הוועדה בראשותו לא קיימה שום דיון. לא נמצאו פרוטוקולים של דיוני הוועדות האחרות.

### העברת בית חולים וולפסון למכבי שירותי בריאות

באוגוסט 2003 החליטה הממשלה<sup>156</sup> להעביר את בית חולים וולפסון עד ספטמבר אותה שנה לחברת ניהול בבעלות אחת מקופות החולים. לאחר שמכבי הביעה הסכמה עקרונית לקבל לידיה את בית החולים, החל בשנת 2004 משא ומתן עמה על תנאי ההעברה. בספטמבר 2006 החליטה הממשלה<sup>157</sup> להנחות את ועדת המכרזים, שמונתה על פי ההחלטה הקודמת, להשלים את העברת בית החולים עד ליום 1.6.07. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2008, לא הגיעה ועדת המכרזים להסכמה עם מכבי בנוגע להעברה, ואף לא החל משא ומתן עם עובדי המרכז הרפואי בדבר ההעברה.

לדעת אנשי משרד הבריאות, המתנגדים כאמור להעברת בתי החולים לידי קופת חולים, התארכות התהליכים הביאה למצב של אי-ודאות ולפגיעה קשה באיתנותו של בית חולים וולפסון. בית החולים, אשר היה מאוזן בעבר, צבר ביולי 2008 גירעון של 70 מיליון ש"ח (עוד על מצבו הכספי של בית חולים וולפסון ראו גם לעיל). להערכת אנשי המשרד, חוסר הוודאות יוצר תמריץ לכל הקופות - הכללית, מאוחדת ולאומית - לצמצם את היקף הרכש מבית החולים כדי להימנע מהתחייבויות רכש עתידיות לכשיעבור בית החולים להנהלת מכבי (כמתחרה בצד המבטח); גם מכבי לא הופכת את בית החולים ל"בית חולים הבית שלה" לדברי הסמנכ"ל לתכנון, תקצוב ותמחור, וזאת כדי להביא להקטנת מחיר הקנייה של בית החולים.

מאוחדת השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2008 כי היא אינה מצמצמת את היקף הרכש בבית חולים זה, והיקף הרכש שלה שם אף עלה בשנים האחרונות; הרכש נעשה על פי ההיצע של בית החולים ועל פי צורכי מבוטחיה באזור. הממונה על השכר השיב בנובמבר 2008 כי בשנת 2007 התקיימו דיונים עם נציגי ההסתדרות ועם נציגי הר"י, אולם ההסתדרות העלתה דרישות בלתי

156 החלטה מס' 699 מ-14.8.03.

157 החלטה מס' 471 מ-12.9.06.



סבירות, והר"י הודיעה ביולי 2007 כי לא תקיים משא ומתן כל עוד הנושא מצוי בחוק ההסדרים. נוכח הדברים נקלע המשא ומתן למבוי סתום.

**מיפוי נכסי בתי החולים הממשלתיים**

בתי החולים הממשלתיים, המוגדרים "מפעלים עסקיים", מחזיקים ומנהלים מקרקעין רבים מאוד. תאגידי הבריאות משתמשים במקרקעין ובציוד של בתי החולים ומפיקים מהם הכנסות<sup>158</sup>. תקנות התאגידיים קובעות שהשקעות כספיות שהתאגיד משקיע בבית החולים (לרכישת ציוד ולפיתוח תשתיות) יהיו רכוש המדינה ולא יופיעו בדוחות הכספיים של התאגיד כרכוש, ואולם לא נקבע אם בתי החולים צריכים להציג את הרכוש בדוחותיהם הכספיים ולהוסיף ביאור בדבר הבעלות על הרכוש.

בתהליך התאגוד של בתי החולים הממשלתיים יש להסדיר את זכויות המדינה בנכסיהם. לצורך כך יש לרשום את הנכסים כלהלן:

1. בדוחות הכספיים של בתי החולים - משרד מבקר המדינה כבר העיר בדוח שפורסם בשנת 2005<sup>159</sup> כי הצגת המבנים בדוחות הכספיים של בתי החולים הממשלתיים אינה אחידה; מקצת בתי החולים מציגים רכוש קבוע לרבות מקרקעין, ואחרים אינם נוהגים כך. חלק מבתי החולים שמציגים מקרקעין ברכוש הקבוע אינם מציינים שמדובר בנכסים שבבעלות המדינה.

משרד הבריאות השיב בביקורת הקודמת שהרכוש הקבוע בבתי החולים כולל מבנים ותשתיות וכן ציוד ומכשור רפואי שאורך חייהם ארוך משנה. רוב בתי החולים (תשעה מ-11) כוללים בדוחותיהם הכספיים נתוני רכוש קבוע של ציוד ומכשור רפואי בלבד. מבנים ותשתיות ייכללו בדוחותיהם הכספיים בשנים הבאות, עם הפעלתה המתוכננת של מרכב<sup>160</sup> ביוני 2005.

בביקורת הנוכחית עלה שלא חל שינוי במצב: תשעת בתי החולים האמורים עדיין כוללים בדוחותיהם נתוני רכוש קבוע של ציוד ומכשור רפואי בלבד. משרד מבקר המדינה מעיר כי כאשר בית חולים רושם השקעות ברכוש קבוע כהוצאה שוטפת ואינו מנהל בגינו רישום ומעקב בספרי עזר, המדינה מאבדת את היכולת לפקח על ניהולו, ויש לה קושי להבטיח את רישום זכויותיה בנכס ואת רישומו החשבונאי התקין.

2. בספרי החשב הכללי (להלן - החשכ"ל) - משרד מבקר המדינה העיר בשנת 2005<sup>161</sup> כי מן הראוי שהחשכ"ל ידרוש מבתי החולים הממשלתיים לדווח לו על כל נכסי המדינה הנמצאים ברשותם; על הדיווח לכלול את הפרטים הנחוצים לצורך מיפוי מלא של הנכסים, לשם מעקב אחריהם וכדי לקבוע כללים ברורים בעניין רישומם.

כבר משנת 2000 מנסה החשכ"ל לסקור ולמפות את זכויות המדינה במתחמי בתי החולים הממשלתיים, ובעניין זה נעשו דיונים רבים עם הנהלת המשרד. אולם עד סיום הביקורת, ספטמבר 2008, לא החלה עבודת המיפוי. בסוף אוגוסט 2008 כתב מנכ"ל המשרד למנהלי בתי החולים

158 למשל חניונים, מלונות לילדות ומרכזים מסחריים.  
 159 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 55ב (2005), בפרק "מאזן המדינה ליום 31.12.03 - ניהול נכסי מדינה מוחשיים ורישומם", עמ' 281 ואילך.  
 160 מערכת רוחבית וכוללת במשרדי הממשלה (מערכת מידע). בעניין זה ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 55ב (2005), בפרק "פרויקט המרכב"ה ותקצובו", עמ' 297 ואילך.  
 161 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 55ב (2005), בפרק "מאזן המדינה ליום 31.12.03 - ניהול נכסי מדינה מוחשיים ורישומם", עמ' 281 ואילך.

הממשלתיים כי בשלב ראשון ייעשה סקר חלוץ (פיילוט) במתחמי המרכזים הרפואיים שיבא, רמב"ם ובית החולים בנס ציונה. מנהלי בתי חולים אלה התבקשו לשתף פעולה עם נציגי חברות מטעם החשכ"ל ולספק כל מידע שמצוי ברשותם.

ראוי להשלים בהקדם את הסקר והמיפוי של זכויות המדינה במתחמי בתי החולים. כמו כן יש לקבוע כללים שיחייבו את כל בתי החולים לרשום בדוחותיהם הכספיים את כל פריטי הרכוש הקבוע.



מהאמור עולה שבנושא תאגוד בתי החולים ניתנו המלצות רבות והתקבלו החלטות רבות, אולם במשך כעשרים שנה בוצעו רק מתי-מעט מהן. גם כאשר החליט המשרד בשנת 2006, אחרי שנים רבות של החלטות שלא בוצעו, לתאגד רק את בתי החולים הכלליים הממשלתיים, גם אז לא צלח הדבר בידי.

אף על פי שלא הושגו הסכמות בין המשרדים הנוגעים בדבר על אודות אופן התאגוד, בפועל נקבעו העובדות במרכזים הרפואיים שכבר פועלים במעין תאגוד, וכאמור, כ-40% מעובדי המרכזים הרפואיים הגדולים הם עובדי תאגידי הבריאות.

חילוקי הדעות המהותיים שבין משרד הבריאות למשרד האוצר מעכבים את קידום ההליכים. ראוי שכל הגורמים השלטוניים המעורבים בניהולם ובתפעולם של בתי החולים יגיעו בהקדם להסכמות על אופן התאגוד הרצוי. המגבלות הקיימות בניהול בתי חולים על ידי הממשלה בסביבת הניהול הדינמית והתחרותית המאפיינת את שוק הבריאות בכללותו מכשילות את המשרד הן בתפקידו כמפקח על תחום הבריאות והן בתפקידו כמפעיל.

## סיכום

משרד הבריאות מפעיל 11 מרכזים רפואיים כלליים ממשלתיים. בכל מרכז רפואי כזה, שהוא יחידה כלכלית אחת, יש לפחות שתי ישויות משפטיות - בית חולים ותאגיד בריאות. כל ישות פועלת לפי כללים אחרים: בית החולים פועל לפי כללים הנהוגים בשיירות המדינה, כמו התקשי"ר והתכ"ם, ותאגיד הבריאות פועל לפי כללים גמישים יותר. קיום שתי הישויות גורם לבזבוז משאבים ניכר במערכת הבריאות. משנת 1990 ממליצות כל מיני ועדות ממלכתיות שמשרד הבריאות יחדל מתפקידו כיצרון וכספק שירותים וכי שתי הישויות יהיו לישות אחת - וזאת באמצעות תאגוד בתי החולים. גם הממשלה קיבלה החלטות רבות בנושא זה, אולם טרם נעשה דבר. ראוי לקדם נושא זה.

בשיבא פועלת גם חברה פרטית בשליטת אגודת הידידים, שהיא זרוע ביצועית של גוף ממשלתי ומשתמשת במשאבי המדינה ובידע של המדינה, ומשרד הבריאות, שהוא הבעלים של המרכזים הרפואיים והרגולטור של מערכת הבריאות כולה, לא בחן את תקינות אופן ההתאגדות של החברה. ראוי שהמשרד והנהלת שיבא יעמדו על כך שהזיקה בין שיבא ובין החברה תמצא ביטוי גם במסמכי התאגוד של החברה. שיבא וחברה זו נתנו שירותי ייעוץ והדרכה למרכז רפואי חדש שהוקם בגינאה המשוונית שבאפריקה בלי שקיבלו לכך אישור ממשרד הבריאות, ממשרד האוצר או ממשרד החוץ. משרד הבריאות ידע על הפעילות, אולם לא דרש משיבא פרטים מלאים על הפרויקט ולא בחן בו כל מיני היבטים, למשל זכויות ואינטרסים מקצועיים וכלכליים של המדינה. ראוי שהמשרד יקבע כללים לפעילות של מרכזים רפואיים בחו"ל.

אחת המטרות החשובות שבחקמת תאגידי הבריאות הייתה קיצור תורים לניתוחים אלקטיביים. בביקורת עלה כי בתאגידיים מבצעים בדרך כלל ניתוחים שיש בהם כדאיות כלכלית, ולעתים, מכיוון שהתגמול בעד כל מיני ניתוחים אינו מספיק למימון עלויות הניתוחים בתאגיד, התאגידיים אינם מרבים לבצע אותם, וזמן ההמתנה לניתוחים הללו אינו מתקצר. התוצאה עלולה להיות סבל לחולים והחמרה במצבם הרפואי. ראוי שהמשרד יקבע תעריפים לניתוחים שישקפו את עלויותיהם, כך שיווצר תמריץ לקיצור תורים. ראוי גם שהמשרד יסדיר את נושא התורים לניתוחים אלקטיביים, לרבות קביעת אמות מידה לזמני המתנה לניתוחים והכנת מאגר מידע המרכז את זמני ההמתנה בכל בתי החולים, כזה שיהיה נגיש לקופות החולים.

נמצאו מקרים של ביצוע ניתוחים במסגרת תאגיד הבריאות במרכז הרפואי סוראסקי על ידי רופאים שהיו באותה עת ככוננות או בתורנות - בניגוד לתקנות התאגידיים. ראוי שהמשרד יבחן את עבודת הרופאים בתאגידיים בעת היותם ככוננות או בתורנות.

עובדים רבים בבתי החולים עובדים גם בתאגידי הבריאות. המשרד עושה בקרה על שכר העובדים, אולם הבקרה אינה מלאה ואינה יעילה. גם אין שקיפות בשכר העובדים בתאגידיים, ואין מידע על השכר הכולל מבית החולים ומתאגיד. מן הראוי שמידע זה יהיה ברשות הממונה על השכר במשרד האוצר, הוא יערוך עליו בקרה ויפרסמו. כן ראוי שתהיה שקיפות לשכר שמקבלים רופאים מכלל המקומות הציבוריים.

רופאים מומחים (עובדי מדינה) של בתי החולים ממלאים כל מיני תפקידים במרפאות קופות החולים בשעות הבוקר, שהן שעות העבודה בבית החולים. הקופות מעבירות את התמורה לתאגידי הבריאות, ואלה מעסיקים רופאים מתמחים רבים יותר במחלקות בתי החולים. הדבר עלול לפגוע בשירות הרפואי הניתן לחולים בבית החולים. ראוי להסדיר סוגיה זו.

במרכזים הרפואיים שיבא וסוראסקי פועלות מלוניות ליולדות, ובמחלקות היולדות יש צפיפות. מרכזים רפואיים המבקשים להפעיל מלוניות עלולים לא לשפר את תנאי האשפוז במחלקות היולדות, ובכך להמריץ יולדות לעבור למלוניות, מכיוון שמפעילות המלונית מקבל בית החולים הכנסה נוספת. ראוי שתנאי ההפעלת מלונית במרכז רפואי יהיה עמידה בתקן של תנאי אשפוז וצפיפות במחלקה, על פי תקני הבינוי המקובלים לבניית מחלקות אשפוז חדשות ליולדות. המשרד טרם קבע נוהל להסדרת מלוניות ליולדות.

