

## שברי צוואר הירך אצל קשישים

### תקציר

שברי צוואר הירך<sup>1</sup> שכיחים בעיקר בקרב קשישים (בני 66 ומעלה). הם גורמים לקשישים סבל רב ובמקרים רבים גוררים בעקבותיהם מחלות נוספות והידרדרות מנטלית וגופנית. כמו כן הם גורמים הוצאות גדולות למערכת הבריאות ויוצרים עומס על מערכות האשפוז. עם העלייה בתוחלת החיים גדל מספר הקשישים בארץ וגדל מספר הנזקקים לניתוחי שבר צוואר הירך. בשנים האחרונות הוערך מספר המנותחים בני 66 ומעלה בשל שברי צוואר הירך בכ-4,000 בשנה. עלות הטיפול בחולה בשנה הראשונה שלאחר קרות השבר הוערכה בשנת 1999 בכ-67,700 ש"ח.

משרד מבקר המדינה בדק היבטים אחדים של הטיפול בבני 66 ומעלה שלקו בשבר צוואר הירך. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), במכבי שירותי בריאות ובחמישה בתי חולים: המרכז הרפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם), המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא (להלן - שיבא), המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (להלן - איכילוב), המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה (להלן - סורוקה) ומרכז רפואי ע"ש ספיר, מאיר (להלן - מאיר). כן נשלחו בקשות לקבל נתונים ל-19 בתי חולים.

בנובמבר 1997 מינה מנכ"ל המשרד ועדות מקצועיות לדיון בהיבטים אפידמיולוגיים<sup>2</sup>, כלכליים, שיקומיים וארגוניים של הנושא. הוועדות המקצועיות ומשתתפי כנס מקצועי שהתקיים בשנת 1999 (להלן - כנס ההסכמה) המליצו למשרד לקבוע מדיניות לאומית בנושא ולהיערך לשיפור הטיפול בקשישים שלקו בשבר צוואר הירך ושיקומם ולהגברת פעולות המניעה בקרבם: לנתח מוקדם ככל האפשר את כל החולים שניתן לנתחם; לקבוע תעריף דיפרנציאלי<sup>3</sup> לניתוחים כדי להמריץ את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוח; להגדיר "חבילת טיפול ושיקום"; להרחיב את הפעילות הפיזיותרפית במחלקות האשפוז בבתי החולים; ולהקים בסיס מידע ארצי שירכז את הנתונים על שברי צוואר הירך ויאפשר קבלת החלטות נכונות בנושא. עוד הומלץ בכנס ההסכמה לראות בניתוח קשיש שלקה בשבר בצוואר הירך "טיפול דחוף במצב חירום רפואי".

1 בעצם הירך חמישה חלקים: החלק התחתון, היוצר מפרק עם הברך; החלק האמצעי; האזור הטרוכנטרי - שנמצא בין החלק האמצעי של העצם לבין צוואר עצם הירך; צוואר עצם הירך; ראש עצם הירך. צוואר עצם הירך וראש עצם הירך נמצאים במפרק עם האגן, ותפקיד המפרק לאפשר תנועה. השברים השכיחים בעצם הירך הם שברים באזור הטרוכנטרי ושברים בצוואר עצם הירך, ושניהם מכונים שברי צוואר הירך.

2 האפידמיולוגיה היא ענף במדעי הרפואה, העוסק, בין היתר, בחקר מחלות המתפשטות ותוקפות מספר רב של אנשים ובדרכי מניעתן, ובחקר הקשרים שבין מחלות לבין גורמים סביבתיים.

3 תעריף לתשלום של קופת החולים לבתי החולים עבור פעולות רפואיות מסוימות, בעיקר פעולות הכרוכות בהוצאה ניכרת על ניתוחים או על חומרים וציוד. בתעריף אין מובא בחשבון מספר ימי האשפוז הכרוכים בפועל בפעולות הרפואיות, והוא נועד לתמך את בתי החולים לבצע את הפעולות בהקדם ולקצר את האשפוז הכרוך בפעולות אלה. את התעריפים הדיפרנציאליים קובעים שר הבריאות ושר האוצר מתוקף סמכותם לפי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996.

בפברואר 2000 הודיע מנכ"ל המשרד לראש תחום כירורגיה אורתופדית במרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, ממארגני הכנס, כי הוא "מאשר את המשך המעקב ויישום ההמלצות [של כנס ההסכמה] כמוצע על ידך". ואולם עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2003, לא יושמו ההמלצות - לא נקבע תעריף דיפרנציאלי, לא נקבעה "חבילת טיפול ושיקום" ולא הוקם בסיס נתונים.

הספרות המקצועית ומומחים ממליצים לבצע את ניתוח שבר צוואר הירך כעבור 24 שעות ולא יאוחר מ-48 שעות ממועד האשפוז. עיכובים בביצוע הניתוח גורמים לתחלואה מוגברת, לעלייה בתמותה ולהארכת משך האשפוז. לכן ממליצים המומחים לראות בשבר בצוואר הירך אצל קשישים מצב חירום רפואי המשפיע על מערכות רבות בגוף ונושא עמו סכנה לתמותה גבוהה.

למרות זאת, מנתוני המשרד על 15 בתי חולים כלליים לשנת 2002 עולה, כי כ-50% מהמנותחים בשברי צוואר הירך המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר, וכ-33% - חמישה ימים ויותר. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בתיקי 37 חולים שנבחרו באופן אקראי ואשר נתחו בשל שבר צוואר הירך בשיבא, במאיר ובאיכילוב בשנת 2003 הועלה, כי 22 חולים המתינו יותר מיומיים ועד 11 ימים לניתוח. חלק מהחולים שעברו את הבדיקות הנדרשות והיו מוכנים לניתוח המתינו לו כמה ימים בצום שנמשך בכל יום עד לשעות הערב.

אחת הסיבות העיקריות לעיכוב בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך בבתי חולים רבים הוא היעדר חדרי ניתוח זמינים. ברמב"ם ובמאיר, למרות הקצאת חדר ניתוח נוסף לניתוחים אלה בשעות התורנות<sup>4</sup>, בשנת 2002 היה משך ההמתנה הממוצע לניתוח יותר מ-48 שעות.

בשיבא, באיכילוב, בסורוקה ובמאיר היו בשנים 2001-2003 ביטולים ודחיות של ניתוחים, בהם ניתוחי שבר צוואר הירך, שנגרמו מעיכובים בהפעלת חדרי הניתוח בגלל אי-תכנון של הניתוחים, מחסור ברופאים מרדמיים ואי-הכנת החולים לניתוח בזמן. שבעה בתי חולים דיווחו למשרד מבקר המדינה, כי העיכוב בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך אצלם נגרם גם מעיכובים במתן יעוץ רפואי של רופא פנימי, קרדיולוג ורופא מרדים ומעיכובים בביצוע בדיקות רפואיות שונות.

לדעת מומחים, ניתוח קשישים שלקו בשבר צוואר הירך בשעות התורנות מגדיל את הסיכון לסיבוכים, והם ממליצים לנתחם בידי צוות מנתחים מיומן בשעות העבודה הרגילות. למרות זאת העלתה הביקורת, כי נוכח העומס על חדרי הניתוח בשעות העבודה הרגילות נדחים ניתוחים של שבר צוואר הירך לשעות התורנות ונעשים בידי רופאים תורנים. מדיווחים של 12 בתי חולים למשרד מבקר המדינה עלה, כי בשנים 2000-2002 נעשו 60% מניתוחים אלה בשעות התורנות.

בחלק מניתוחי שבר צוואר הירך מחליפים את ראש עצם הירך במשתל. המשרד לא קיים תהליך של בקרת איכות על סוגי המשתלים ולא עקב אחר הניתוחים החוזרים מסוג זה והגורמים להם.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קובע שלא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן הוא נתן לכך הסכמה מדעת. במצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף

4 שעות התורנות הן בימים א-ה מ-16.00 עד 8.00 למחרת בבוקר, ובסופי שבוע מיום ר' בשעה 13.00 עד יום א' בשעה 8.00 בבוקר.

גם ללא הסכמה מדעת של המטופל והטיפול יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת. עיכוב בביצוע של ניתוח שבר צוואר הירך בשל אי-קבלת הסכמה מדעת של המטופל עלול להביא לתוצאות חמורות ביותר ואף למוות החולה. הביקורת העלתה, כי יש שניתוחי שבר צוואר הירך מתעכבים מהסיבה האמורה, וכי המשרד לא הכיר בכך שניתוחים אלה הם בגדר טיפול במצב חירום רפואי, למרות המלצת כנס ההסכמה ועמדת מומחים.

בשנת 1990 קבע המשרד תעריף דיפרנציאלי לאחד משני סוגי הניתוחים בשבר צוואר הירך, כדי לעודד את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוחים מסוג זה. בית החולים רשאי לגבות תשלום עבור הניתוח לפי התעריף הדיפרנציאלי או לפי מחיר ימי האשפוז בפועל, כאשר משך האשפוז מתארך בשל סיבוכים רפואיים - הגבוה מבין השניים. מנתונים שמסרו בתי החולים למשרד מבקר המדינה עולה, כי בשנת 2002 נגבה תשלום לפי התעריף הדיפרנציאלי רק עבור כמחצית מניתוחי השבר מהסוג האמור, וברוב בתי החולים לא קוצרו משך ההמתנה לניתוחים אלה ומשך האשפוז של החולים שנותחו, ומכאן שהמטרה לא הושגה. הביקורת העלתה, כי המשרד לא עקב אחר היקף ביצוע ניתוחים אלה שהתשלום עבורם היה לפי התעריף הדיפרנציאלי, ואחר השפעתם על משך ההמתנה לניתוחים אלה.

בכנס ההסכמה הומלץ לקבוע תעריף דיפרנציאלי גם לסוג הניתוח האחר, כדי להמריץ את בתי החולים לקצר גם את משך ההמתנה לניתוחים מסוג זה. במהלך השנים הגיש המשרד לאישור ועדת המחירים הבין-משרדית שבמשרד האוצר הצעות מספר לתעריפים דיפרנציאליים לניתוחים אלה, אולם עד מועד סיום הביקורת לא נקבע להם תעריף דיפרנציאלי.

בכנס ההסכמה הומלץ לתת לחולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך טיפול פיזיותרפי בכל יום, כדי למנוע סיבוכים וכדי להחזירם לתפקוד הגופני והמנטלי שהיה להם לפני השבר. המשרד לא דן בהמלצות אלה ובדרכי מימושו. כ-40% מהחולים שתיקיהם נבחרו באופן אקראי ונבדקו בידי משרד מבקר המדינה לא קיבלו טיפולים פיזיותרפיים בכל יום.

לדעת אנשי מקצוע, יש להעביר חולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך בהקדם למסגרת שיקומית, כדי להבטיח את שיקומם המיטבי. הביקורת העלתה, כי בשני בתי חולים חולים רבים (כ-25% מהמנותחים בחודשים ינואר-מאי 2003) אושפזו יותר מחמישה ימים אחרי הניתוח, בגלל היעדר סידור שיקומי. בעקבות תלונות שקיבל המשרד על מניעת שיקום מקשישים מבוטחי הכללית במחוז חיפה, הוא מינה במרס 2003 ועדה לבדיקת הנושא. בנובמבר 2003 הגישה הוועדה להנהלת המשרד "תוכנית מסגרת לבדיקת הטיפול בחולים המיועדים לשיקום". בדצמבר 2003 טרם גובשה במשרד תכנית אופרטיבית ליישום המלצות הוועדה.

המידע שבידי המשרד על ניתוחי שבר צוואר הירך הוא חלקי: אין למשרד מידע על הסיבות לדחיית ניתוחים, מחלות נלוות ותהליכי טיפול ושיקום ויש טעויות בקידוד האבחנות. בכנס ההסכמה הומלץ להקים בסיס מידע ארצי על הטיפול בשברי צוואר הירך, אולם בסיס המידע לא הוקם.



## כללי

שבר צוואר הירך<sup>5</sup> אינו מאפשר לנפגע לשאת את משקל הגוף הפגוע והוא גורם לכאבים עזים בכל תנועה. הטיפול המקובל היום בשבר זה הוא ניתוח. עם העלייה בגיל גובר הסיכון ללקות בשבר צוואר הירך, ולכן עם הגידול במספר הקשישים במדינה יש אף עלייה בשכיחות שברים אלה ובמספר הניתוחים לטיפול בהם.

לשברי צוואר הירך השפעה ניכרת על התחלואה ועל התמותה בקרב קשישים, הסובלים לרוב גם ממחלות נוספות וממסת עצם נמוכה (אוסטאופורוזיס). השברים גורמים לירידה באיכות החיים, לעתים גוררים בעקבותיהם מחלות נוספות וסיבוכים רפואיים, ובמקרים רבים אף גורמים לאובדן העצמות של הקשישים. כמו כן הם גורמים הוצאות כבדות למערכת הבריאות ויוצרים עומס על מערכות האשפוז הדחוף והשיקומי.

הוצאות מערכת הבריאות על הטיפול בשברי צוואר הירך נאמדו בידי המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות במשרד הבריאות (להלן - המשרד) בשנת 1999 ב-67,700 ש"ח לחולה. אומדן זה אינו כולל הוצאות צפויות בשל סיבוכים רפואיים ארוכי טווח בשנים שלאחר הניתוח.

לפי נתוני המשרד, בכל אחת מהשנים 2000-2002 היו כ-4,000 אשפוזים דחופים של בני 66 ומעלה שנותחו ניתוח שבר צוואר הירך ב-19 בתי חולים כלליים. כ-3.3% מהחולים נפטרו במהלך האשפוז בכל שנה. כ-3.4% מהחולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך בשנת 2000 אושפזו ונותחו שוב בתוך שנה. עלות הטיפול בשברים אלה מוערכת בכ-271 מיליון ש"ח בשנה.

מדיווחים של 17 בתי חולים למשרד מבקר המדינה עולה, כי שיעור בני 66 ומעלה מכלל המנותחים בשל שבר צוואר הירך בכל אחת מהשנים 2000-2002 היה 79.5%, 62% ו-80.4% (בהתאמה).

בחודשים אפריל-אוגוסט 2003 בדק משרד מבקר המדינה היבטים אחדים של הטיפול בקשישים בני 66 ומעלה שלקו בשבר בצוואר הירך. הבדיקה נעשתה במשרד, בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית) ובמכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי). כן נשלחו בקשות לקבל נתונים (להלן - טופסי הנתונים) ל-19 בתי חולים ונעשתה בדיקה פרטנית בחמישה בתי חולים: המרכז הרפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם), המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא (להלן - שיבא), המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (להלן - איכילוב), המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה (להלן - סורוקה) ומרכז רפואי ע"ש ספיר, מאיר (להלן - מאיר). הממצאים בדוח זה מבוססים על נתוני האגף למידע ומיחשוב במשרד ועל הנתונים שהתקבלו בטופסי הנתונים והנתונים שהועלו בבדיקה הפרטנית בחמשת בתי החולים האמורים.

## תכניות הטיפול בקשישים שלקו בשבר בצוואר הירך

1. במרס 1997 מינה יו"ר המועצה הלאומית<sup>6</sup> לטראומה שבמשרד הבריאות ועדה "לבחינת נושא שברי צוואר עצם הירך בקרב קשישים", והטיל עליה לעסוק בהיבטים אפידמיולוגיים<sup>7</sup>, כלכליים, שיקומיים וארגוניים של הנושא (להלן - הוועדה). חברים בוועדה נציגים של המועצה הלאומית

5 ראו הערה 1.  
6 המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים של המשרד בתחומי הבריאות השונים. תפקידן לסייע למשרד בהתוויית מדיניות בריאות ולייעץ לו, בין היתר, בנוגע לאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדשות.  
7 ראו הערה 2.

לטרואמה, המועצה הלאומית לגריאטריה והוועדה לאורתופדיה הפועלת מטעם המועצה הלאומית לכירורגיה. בדיוני הוועדה נדונו סוגיות כמו משך ההמתנה הארוך לניתוחים, ביצוע הניתוחים בשעות התורנות<sup>8</sup> והיעדר התקדמות של ממש בתחום הטיפול בשברי צוואר הירך אצל קשישים.

בנובמבר 1997 מינה מנכ"ל המשרד בהמלצת הוועדה כמה ועדות מקצועיות והטיל עליהן לבחון, בין היתר, נושאים אלה: גורמי הסיכון לשבר צוואר הירך בקרב קשישים ודרכי מניעתו, אוסטאופורוזיס, טיפול במהלך האשפוז בבית החולים, שיקום וסיבוכים הנגרמים מהשבר ומקורות המידע בנושא שברי צוואר הירך. הוועדות המקצועיות המליצו למשרד לקבוע מדיניות לאומית בנושא שברי צוואר הירך ולהיערך באופן הולם לטיפול בנפגעים ולשיקומם ולמניעת אוסטאופורוזיס ונפילות בקרב קשישים. ביולי 1998 הגישו הוועדות את מסקנותיהן למנכ"ל המשרד.

2. ממצאי הוועדות הצביעו על הצורך לקבל החלטות שיהיו מקובלות על כל העוסקים בתחום. לצורך זה הוחלט לכנס כנס מקצועי רב משתתפים בעניין הטיפול במי שלקו בשבר צוואר הירך ושיקומם (להלן - כנס ההסכמה)<sup>9</sup>. כנס ההסכמה אורגן בידי המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות<sup>10</sup>, משרד הבריאות וההסתדרות הרפואית בישראל. לקראת כינוס פנה מנכ"ל משרד הבריאות לגורמים העוסקים בתחום בבקשה להשתתף כחברים בצוות ההסכמה. מנכ"ל משרד הבריאות עמד בראש צוות ההסכמה. הכנס התכנס באוגוסט 1999. מטרת הכנס הייתה, בין היתר, לבחון את ההיבטים הרפואיים והכלכליים של שברי צוואר הירך אצל קשישים, להציע דרכים לשיפור הטיפול בחולים ושיקומם ולהגיע להסכמה לאומית בדבר הצרכים בתחום זה והארגון הנדרש למילויים, ובמיוחד להסכמה בדבר הצורך בקיצור משך ההמתנה לטיפול ולשיקום ובדבר ההיערכות הנדרשת בתחום זה לקראת השנים הבאות.

באוגוסט 1999 התפרסמה "הצהרת ההסכמה", המבטאת את הסכמתם המלאה של המשתתפים בכנס ההסכמה להמלצות שהתקבלו בכנס. בהצהרת ההסכמה הומלץ, בין היתר, לנתח מוקדם כל האפשר את כל החולים שניתן לנתחם (רק מיעוט החולים ממתינים לניתוח עקב הצורך בייצוב מצבם הרפואי); לקבוע תעריף דיפרנציאלי<sup>11</sup> לניתוח, כדי לתמך את בתי החולים לקצר את ההמתנה לניתוח, ובמקביל לקבוע הסדר שימנע שחרור מוקדם מדי של החולים לביתם; להגדיר "חבילת טיפול ושיקום"; להרחיב את פעילות הפיזיותרפיה במחלקות לאורתופדיה; להקים בסיס מידע ארצי שבו ירוכזו נתונים על כלל מרכיבי התחלואה בשברי צוואר הירך, כדי לאפשר לקבל החלטות נכונות במערכת הבריאות בנושא זה. המסקנות וההמלצות שהופקו בכנס הוגשו כהצעה ליישום להנהלת המשרד.

3. בפברואר 2000 הודיע מנכ"ל המשרד לראש תחום כירורגיה אורתופדית במרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות (להלן - ראש התחום), ממארגני הכנס, כי הוא "מאשר את המשך המעקב ויישום ההמלצות [של כנס ההסכמה] כמוצע על ידך". ביולי 2000 דיווח ראש התחום למנכ"ל המשרד, כי הטיפול בשתי ההמלצות המרכזיות של הכנס - קביעת תעריף דיפרנציאלי לניתוח שבר צוואר הירך אצל קשישים ויצירת "סל טיפול ושיקום" לחולים - מתעכב במינהל הרפואה במשרד, אף שעברה שנה ממועד כנס ההסכמה.

8 ראו הערה 4.

9 כנס ההסכמה הוא כינוס של מומחים ממקצועות הרפואה השונים, איגודים מקצועיים, נציגי ציבור ונציגים של רשויות ממלכתיות, והוא משמש כלי חשוב לקבלת החלטות האמורות להוביל לגיבוש מדיניות בריאות לאומית.

10 במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות.

11 ראו הערה 3 לעיל.

במועד סיום הביקורת, אוגוסט 2003 - כארבע שנים לאחר כנס ההסכמה - עדיין לא יושמו המלצות הכנס, אף על פי שבמהלך אותן שנים התריעו בעלי תפקידים שונים במשרד על שאין התקדמות ביישום ההמלצות ועל שלא חלו שינויים מהותיים בדרכי הטיפול בקשישים שלקו בשבר צוואר הירך.

משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה בתשובתו מנובמבר 2003, כי ימנה ועדה מצומצמת לטיפול בנושא בהשתתפות נציגים שהיו שותפים לכנס ההסכמה.

### המתנה לניתוח שבר צוואר הירך

1. מחקרים בארץ ובעולם מצביעים על כך, שהמתנה לניתוח יותר מ-48 שעות מגבירה את התחלואה לאחר הניתוח, מגדילה את שיעור התמותה ומאריכה את משך האשפוז של המנותחים. הספרות המקצועית ממליצה על ניתוח חולים שלקו בשבר בצוואר הירך ואשר סובלים ממחלות כרוניות כעבור 24-48 שעות ממועד אשפוזם, על פי מצבם הבריאותי; ב-24 השעות הראשונות לאשפוז יש לנסות לאזן את מצבו הרפואי של החולה.

ממסקנות הוועדה "לבחינת נושא שביר צוואר עצם הירך בקרב קשישים" והוועדות המקצועיות שהיא מינתה<sup>12</sup> משנת 1998 עולה, כי חולים שעברו ניתוח של שבר צוואר הירך בתוך 48 שעות ממועד קרות השבר, עזבו את המחלקה האורתופדית בממוצע ארבעה ימים מוקדם יותר מחולים שהמתינו יותר מ-48 שעות לניתוח.

מגמה זו עלתה גם במחקר שנעשה בשנת 2000 בשני בתי חולים - סורוקה והמרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון (להלן - ברזילי)<sup>13</sup>. במחקר הועלה, כי בסורוקה היה משך ההמתנה הממוצע לניתוח יותר מארבעה ימים (100.1 שעות), ומשך האשפוז הממוצע לאחר הניתוח היה 13.8 ימים. ואילו בברזילי היה משך ההמתנה הממוצע כיום וחצי (34.9 שעות), ומשך האשפוז הממוצע - 7.4 ימים. מספרם של החולים שניתוחם נדחה בשני בתי חולים אלה מסיבות רפואיות היה קטן ביותר (5 מ-353 חולים).

עוד עולה ממחקרים, כי עיכוב בביצוע הניתוח ואשפוז ממושך גורמים להחמרה במחלות שהקשיש סבל מהן לפני הניתוח, לסכנה למחלות חדשות ולגידול בשיעורי התמותה. נוכח מצב זה, לדעת אנשי המקצוע, לא ניתן להתייחס אל שבר בצוואר הירך אצל קשיש "כאל טראומה מינורית הממוקדת בגפה בודדת, אלא כאל מצב חירום רפואי, המערב מערכות רבות ונושא עמו סכנת תמותה גבוהה"<sup>14</sup>.

12 מסקנות הוועדות לבדיקת הטיפול ומניעת שביר צוואר ירך בקשישים (1999), מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בבריאות, עמ' 47.

13 " שוהם, ח' ראובני, ר' פלד, הטיפול בשביר צוואר הירך בקרב קשישים בדרום הארץ-המלצות רפואיות בראי המציאות (2002), הפקולטה לרפואה באוניברסיטת "בן-גוריון" בנגב.

14 ש.ש.

הביקורת העלתה, שבתי החולים רואים בניתוח שבר צוואר הירך טיפול בטראומה לא דחופה ולא טיפול מציל חיים. לכן חולים הנוזקים לניתוח זה בדרך כלל אינם מנותחים מיד עם הגיעם לבית החולים. מנתוני האגף למידע ומחשוב במשרד על 15 בתי חולים כלליים<sup>15</sup> לשנת 2002 עולה כי כ-50% מהמנותחים בשל שבר צוואר הירך המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר, וכ-33% המתינו חמישה ימים ויותר.

תמונה דומה עולה מהנתונים שמסרו 12 בתי חולים, ולפיהם בשנת 2002 היה זמן ההמתנה הממוצע לניתוח שבר צוואר הירך בשבעה בתי חולים בין יום וחצי ליומיים (נהריה, ברזילי, הלל יפה, זיו, בני ציון, השרון, הכרמל); ובחמישה בתי חולים היה זמן ההמתנה הממוצע יותר מיומיים (סורוקה ושיבא - 4.5 ימים; מאיר - 2.7; בילינסון - 2.6; פוריה - 2.5).

2. להלן ממצאים פרטניים שהעלה משרד מבקר המדינה בביקורת בבתי החולים איכילוב, שיבא, סורוקה ומאיר בעניין ההמתנה לניתוחי שבר צוואר הירך:

(א) שיבא: מדיווחו של שיבא בטופס הנתונים עולה, כי בכל אחת מהשנים 2000-2002 נותחו בשל שבר צוואר הירך בין 425 ל-503 חולים. בחודשים ינואר-פברואר 2003 המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר 49% מ-240 החולים שנותחו באותם חודשים, ו-19.6% מהחולים המתינו חמישה ימים ויותר.

מהבדיקה שנעשתה עולה, שהנהלת בית החולים הורתה ביוני 2001 לנתח בתוך 36 שעות כל נפגע טראומה שלקה בשבר צוואר הירך. מנהל המערך האורתופדי הודיע להנהלה, כי לא ניתן לבצע הנחיה זו, ובאוגוסט 2001 דיווח על 12 חולים הסובלים משבר צוואר הירך שהמתינו ללא סיבה רפואית יותר מ-36 שעות. ההמתנה הממושכת נמשכה גם בשנת 2002, ובאוקטובר אותה שנה דיווח מנהל המערך האורתופדי להנהלת שיבא כי 20 מהחולים שלקו בשבר צוואר הירך ונותחו בחודשים יולי-ספטמבר 2002, המתינו בממוצע שלושה עד ארבעה ימים לניתוח, בהם 12 שהמתינו 3-9 ימים. רק שניים מהם המתינו לביורורים רפואיים נוספים. מהמסמכים עולה עוד, כי יש שחולים גריאטריים שהמתינו ימים מספר לניתוח נדרשו לצום בכל יום, כדי להיות מוכנים לניתוח (אך הוא בוטל בסוף היום), ולכן יש השפעות ארוכות טווח על מצבם הפיזי, נוסף על הסבל ואי-הנוחות שנגרמו להם.

בניסיון לקצר את משך ההמתנה לניתוחים אורתופדיים דחופים, ובהם ניתוחי שבר צוואר הירך, הוקצה למחלקה האורתופדית מדצמבר 2002 זמן נוסף לביצוע ניתוחי טראומה. למרות זאת לא עמד בית החולים בהנחיה לנתח חולים שלקו בשברי צוואר הירך בתוך 36 שעות ממועד אשפוזם. מעקב שעשתה המחלקה האורתופדית על 77 חולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך בחודשים ינואר ופברואר 2003 העלה, כי 53 מהם (כ-70%) המתינו לניתוח 3-9 ימים.

כך, למשל, בפברואר 2003 כתבה בת של חולה המאושפזת במחלקה הגריאטרית בשיבא למנהל המחלקה האורתופדית, כי אמה בת ה-84, הסובלת משבר צוואר הירך, ממתנה כבר שישה ימים לניתוח וצמה בכל יום, ובינתיים היא סובלת, מבולבלת ומותשת מהצום, היא נחלשת ומצבה מידרדר; באותו חודש התריע מנהל המחלקה האורתופדית לפני הנהלת בית החולים על ההמתנה הממושכת לניתוחים אלה והגדירה "פיגוע המוני מתמשך ללא פתרון". הוא טען, כי השירות האורתופדי הניתן הוא לקוי, וכי מערכת הרפואה הורגלה לסבלם של חולים קשישים שלקו בשבר בצוואר הירך, שדחיית הטיפול בהם כרוכה בסבל רב ואינה מוצדקת לפי כל אמות המידה הרפואיות המקובלות.

(ב) סורוקה: מדיווחו של סורוקה בטופס הנתונים עולה, כי מספר המנותחים בני 66 ומעלה בשבר צוואר הירך בכל אחת מהשנים 2000-2002 היה 191-228. ממסמכי בית החולים עולה כי

15 רמב"ם, וולפסון, הלל יפה, ברזילי, פוריה, איכילוב, בני ציון, בילינסון, סורוקה, מאיר, קפלן, העמק, הכרמל, השרון, יוספטל.

בשנת 2001 דיווח מנהל המחלקה האורתופדית למנהל סורוקה, כי הקשישים הסובלים משברים בצוואר הירך "נרחקים לתחתית סולם העדיפויות בבית החולים". בשנת 2002 דיווח מנהל המחלקה האורתופדית להנהלת בית החולים, כי החולים בשבר צוואר הירך ממתינים שלושה ימים לבדיקות ועוד שלושה-ארבעה ימים לניתוח וצמים בכל יום, משום שהניתוח נדחה בגלל ניתוחים דחופים אחרים שיש לעשות.

כתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2003 ציינה הכללית, כי סורוקה "משרת את כל האוכלוסייה של הנגב... ומספר חדרי [הניתוחים אינו מספיק. עם הזדקנות האוכלוסייה עלתה הדרישה לניתוחי שבר צוואר הירך. בשנת 2002 ובתקופה מינואר עד אוקטובר 2003 בוצעו בסורוקה 18% ו-25% (בהתאמה) ניתוחי צוואר הירך מכלל הניתוחים הדחופים האורתופדים... אי לכך החליטה הנהלת בית החולים לתת עדיפות לניתוחים אלה". מנתונים שמסר בית החולים למשרד מבקר המדינה עולה, כי בחודשים ינואר-מאי 2003 המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר 57.4% מ-167 החולים שנותחו באותו פרק זמן, ו-34.7% מהחולים המתינו חמישה ימים ויותר. כלומר, למרות העדיפות שניתנה בזמנו לניתוחי צוואר הירך ההמתנה לניתוחים אלה עדיין ממושכת.

(ג) מאיר : בשנים 2001-2003 דיווחה המחלקה האורתופדית להנהלת בית החולים מאיר שוב ושוב על התנאים הפיזיים והסניטריים הקשים, ועל צפיפות במחלקה ועל נזקים הנגרמים לחולים כתוצאה מכך.

בשל המתנה ממושכת של חולים לניתוחי שבר צוואר הירך ולניתוחים אחרים במחלקה האורתופדית, גדלה הצפיפות במחלקה. שכיבה ממושכת בתנאים של צפיפות עלולה לגרום לזיהומים ולסיבוכים לחולים בכלל ולקשישים החולים במיוחד, ולגרום לעיכוב נוסף בביצוע הניתוח.

מטופס הנתונים של מאיר עולה, כי בכל אחת מהשנים 2000-2002 נעשו בבית החולים בין 360 ל-415 ניתוחים של שברי צוואר הירך לבני 66 ומעלה, וכי בחודשים ינואר-מאי 2003 המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר 32.7% מ-208 חולים שנותחו באותם חודשים, ו-9.1% מהחולים המתינו חמישה ימים ויותר. הביקורת העלתה, כי אף שביית החולים הקצה חדרי ניתוח נוספים לניתוחי צוואר הירך, דיווחה המחלקה האורתופדית להנהלת בית החולים פעמים רבות בשנים 2000-2003 על המתנה ממושכת (2-11 ימים) של חולים רבים (8-21) בכל מועד שעליו דווח, לניתוח שבר צוואר הירך ועל חולים שנגרמו להם סיבוכים רפואיים בעקבות ההמתנה לניתוח.

משרד מבקר המדינה בחר, באופן אקראי ובדק 15 תיקי חולים שנותחו בינואר ובמאי 2002 ובאפריל, מאי ויולי 2003. הבדיקה העלתה, שניתוחם של ארבעה חולים נדחה ביום עד שלושה ימים אף שהחולים היו מוכנים לניתוח, נבדקו ככל הבדיקות הרפואיות הנדרשות לפני הניתוח ונמצאו בצום.

(ד) איכילוב : מטופס הנתונים של איכילוב עולה, כי מספר המנותחים בני 66 ומעלה בשל שבר צוואר הירך בכל אחת מהשנים 2000-2002 היה בין 409 ל-438. משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק עשרה תיקי מאושפזים בני 66 ומעלה שנותחו בשל שבר צוואר הירך בשתי המחלקות האורתופדיות שבבית החולים ביולי ובאוגוסט 2003. הבדיקה העלתה, כי גיל המנותחים היה 79-95, וכי הם המתינו לניתוח 2-11 ימים: שלושה מהם המתינו 3-4 ימים, וחמישה - 7 ימים ויותר.

עוד הועלה, כי שמונה מהמנותחים המתינו לניתוח לאחר שהיו מוכנים מבחינה רפואית (כלומר עברו את כל הבדיקות הנחוצות) יומיים עד חמישה ימים, ובכל יום צמו עד שעות הערב, ואז הוברר שלא יהיה אפשר לנתחם באותו יום.



3. הביקורת העלתה, כי המחלקות האורתופדיות בבתי החולים סורוקה, מאיר ואסף הרופא דוחות ביצוע ניתוחים אלקטיביים להחלפת מפרקי ירך כדי לבצע ניתוחי שבר צוואר הירך. מנהל המחלקה האורתופדית בסורוקה מסר כי ניתוחי שבר צוואר הירך שנעשו במקום ניתוחים אלקטיביים של החלפת מפרקים<sup>16</sup> האריכו את משך ההמתנה לניתוחים האלקטיביים והוא כבר מגיע לשנה. בית החולים איכילוב הודיע למשרד מבקר המדינה בתשובתו מדצמבר 2003, כי כדי לקצר את משך ההמתנה לניתוח שבר צוואר הירך מבצעים באיכילוב את הניתוחים "על חשבון ניתוחים אלקטיביים... הדבר מביא [ל]כך שנוצרת בעיה בדחייתם של ניתוחים אלקטיביים"; שיבא מסר למשרד מבקר המדינה בתשובתו מדצמבר 2003, כי בבית החולים בוטלו ניתוחים אורתופדים מתוכננים וקודמו ניתוחים של חולים עם שברי צוואר ירך. הוא הדגיש כי "הפתרון המושכל היחיד הוא להעדיף חולים אלה ע"ח [על חשבון] הרחבת שעות חדר ניתוח ולא ע"ח חולים אלקטיביים... חולים אלקטיביים הממתינים בתור חדשים, ומוצאים עצמם נפגעים מול ביטול ניתוח ברגע האחרון".

כפי שעולה מהערות בתי החולים, ביצוע של ניתוחי שבר צוואר הירך במקום ניתוחים אלקטיביים מאריך את משך ההמתנה לניתוחים האלקטיביים, הארוך ממילא, ופוגע בנוקמים להם. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ובתי החולים למצוא את הדרך המיטבית למניעת עיכובים בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך בלא לפגוע בחולים האחרים.

## הסיבות לעיכוב בניתוחים

משרד מבקר המדינה בחן את הגורמים לעיכוב הניתוחים של קשישים בשברי צוואר הירך. להלן הממצאים.

### הפעלת חדרי ניתוח<sup>17</sup>

ניצול מיטבי של חדרי הניתוח והצוותים הרפואיים הוא גורם המשפיע על משך ההמתנה לניתוח. הביקורת העלתה, כי אחת הסיבות העיקריות לעיכוב בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך הוא היעדר חדרי ניתוח זמינים.

#### עיכובים בהפעלת חדרי הניתוח

1. בשנים 2001 ו-2002 היו בשיבא בממוצע כשלושה נפגעי טראומה<sup>18</sup> ביממה, מהם אחד שלקה בשבר צוואר הירך. ממסמכי בית החולים עולה, כי באותן שנים דיווחו מנהל המחלקה האורתופדית ומנהל המחלקה הכירורגית להנהלת בית החולים על ליקויים הנוגעים לזמינות חדרי הניתוח ולהפעלתם, ובהם איחורים של כמה שעות במסירת חדר הניתוח למחלקה האורתופדית ותחילת הפעילות בחדרי הניתוח באיחור - אחרי השעה 8.00. מנהל שיבא ציין בינואר 2002, כי אמנם לא ניתן "לשלוט על כמות הטראומה האורתופדית המגיעה לחדר מיון, אך בהחלט ניתן לנהל טוב יותר את הגורמים האחרים".

16 ניתוחים מתוכננים להחלפת מפרק שנפגע במשתל או החלפת משתל ישן.  
17 בנושא זה ראו את הפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים" בדוח שנתי 53 של מבקר המדינה, עמ' 462.  
18 פציעה חמורה הנגרמת מפגיעה חיצונית בגוף האדם הפוגעת בשלמות הרקמות.

כך, למשל, דווח מחדרי הניתוח בשיבא באוקטובר 2002 כי באחד הימים באותו חודש עמדו חדרי הניתוח ריקים שלוש פעמים במשך 7.5 שעות בסך הכול (שעתיים וחצי לפני כל ניתוח), בשל חוסר תכנון, היעדר רופא או אי-הכנת החולה לניתוח.

2. הביקורת העלתה, כי גם בסרוקה בעיות שונות בהפעלת חדרי הניתוח פוגעות ביכולת לנצלם ביעילות המרבית. כך, למשל, התריעו בעלי תפקידים שונים בבית החולים בשנים 2002 ו-2003 על איחורים בהפעלת חדרי הניתוח, על קשיים בתכנון הניתוחים ועל מחסור בסניטרים, במנקות ובכוחות עזר, הגורמים להפסד של שעות ניתוח בכל יום.

3. בשנים 2001-2003 התריעו בעלי תפקידים שונים במאיר לפני הנהלת בית החולים על עיכובים בביצוע תכנית הניתוחים האורתופדיים, שכמחציתם ניתוחי שבר צוואר הירך, ועל ביטול ניתוחים שבגללו ממתינים חולים לפחות שלושה ימים לניתוחים דחופים. זאת, כאמור, למרות הקצאת חדרי ניתוח נוספים לניתוחי שבר צוואר הירך.

4. רבים מניתוחי שבר צוואר הירך אצל קשישים הם ניתוחים מורכבים, הן בגלל מצבם הרפואי הקשה של הקשישים הדורש תשומת לב מיוחדת והן בגלל סוג השבר. המשנה למנכ"ל המשרד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה, כי מן הראוי שחולים אלה ינתחו בידי צוות מנתחים מיומן, מנתח מומחה ועוזר מנתח, באופן מתוכנן, ולפיכך ראוי שיעשו בשעות העבודה הרגילות ולא בשעות התורנות.

עוד ביולי 1999 התריע מנהל מחלקה אורתופדית באחד מבתי החולים לפני ראש תחום אורתופדיה במרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בריאות, כי רצוי שניתוחי שבר צוואר הירך ייעשו בשעות הבוקר או בשעות אחר הצהריים המוקדמות ולא בלילה, שכן היקף הסיכונים הנגרמים מניתוחים אלה המתקיימים בשעות הלילה הוא גדול. הביקורת העלתה, שהמשרד לא בחן טענה זו ולא בדק את השפעת ביצוע הניתוחים בלילה על החולים ועל עלות הטיפול בהם.

זאת ועוד, הביקורת העלתה, שבשל אי-זמינות של חדרי הניתוח וחוסר יעילות בהפעלתם נאלצו בתי החולים שבהם נעשתה ביקורת פרטנית (רמב"ם, אכילוב, מאיר, שיבא וסורוקה) לנתח חולים הסובלים משבר צוואר הירך בשעות התורנות.

מנתונים של 12 בתי חולים שדיווחו למשרד מבקר המדינה<sup>19</sup> עולה כי בכל אחת מהשנים 2000-2002 נעשו כ-60% מניתוחי שבר צוואר הירך אצל קשישים בשעות התורנות.

#### אי-הכנת חולים לניתוח

לפני ניתוח שבר צוואר הירך יש לעשות פעולות הכנה ובהן הכנת מנות דם, סימון האברים המיועדים לניתוח, החתמת החולה על טופס הסכמה מדעת לניתוח, בדיקת רופא מרדים, מדידת סימנים חיוניים (חום, דופק, לחץ דם) וביצוע בדיקות וצילומים הנדרשים לרופאים המרדמים. הכנת החולה אמורה להיעשות ביום שלפני הניתוח. אי-הכנת החולים במועד עלולה לעכב את תחילת הניתוח ולשבש את סדר היום של חדרי הניתוח, ואף למנוע ממתלקות אחרות זמן ניתוח ולהגדיל את הסכנה לשלומם של החולים.

הביקורת בשיבא, באיכילוב ובמאיר העלתה, כי בשנים 2002 ו-2003 הגיעו חולים לחדר הניתוח לא מוכנים, בלי שנבדקו בידי מרדים, בלי שחתמו על הסכמה מדעת לניתוח ובלא שנמדדו להם סימנים חיוניים. כך, למשל, באוקטובר 2002 דיווח רופא מנתח בשיבא על דחיית ניתוחים מסיבות אלה שבועיים ימים. סגן מנהל בית החולים התריע באותו מועד כי כתוצאה מאי-הכנת חולים לניתוח שובשה קשות פעילות חדרי הניתוח.

בית החולים איכילוב הודיע למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי כדי למנוע ביטול ניתוחים משום שהחולים לא הוכנו להם כראוי, הועברה האחריות להכנת החולים לניתוח לרופאי המחלקות האורתופדיות.

#### מחסור ברופאים מרדמים ובעובדי סיעוד

מחסור ברופאים מרדמים ובעובדי סיעוד בחדר ניתוח מצמצם את מספר חדרי הניתוח שניתן להפעיל. כתוצאה מכך גדל משך ההמתנה לניתוחים, בהם ניתוחי שברי צוואר הירך.

הביקורת בשיבא ובמאיר העלתה, כי בשנים 2002 ו-2003 היה מחסור במרדמים בחדרי הניתוח בשיבא, והדבר הקטין את היכולת לנצל חדרי הניתוח. במאיר היה מחסור בעובדי סיעוד, ברופאים מרדמים וברופאים תורנים, וכתוצאה מכך השתבשה פעילות חדרי הניתוח. במהלך אותן שנים ביקשו בעלי תפקידים שונים במאיר מהנהלת הכללית לתגבר את מערך המרדמים התורנים, נוכח עומס הניתוחים ושיבוש הפעילות בחדרי הניתוח. בית החולים מסר למשרד מבקר המדינה, כי עד מועד סיום הביקורת לא התקבלה תשובת הנהלת הקופה לבקשות אלה.

מהאמור לעיל עולה, כי עיכובים בהפעלת חדרי הניתוח, אי-עמידה בתכניות חדרי הניתוח והעברת חולים לניתוחים ללא הכנה מוקדמת גורמים לאבדן זמן ניתוח יקר ולניצול לא מלא של חדרי הניתוח, לעיכוב בביצוע ניתוחים ולהארכת זמן ההמתנה לניתוחים דחופים, בהם ניתוחי שבר צוואר הירך.

#### המתנה לייעוץ ולבדיקות רפואיות

אחת הסיבות להמתנה לניתוח שבר צוואר הירך היא המתנה ממושכת לרופאים יועצים, שתפקידם לבדוק את החולה ולאזן את מצבו הרפואי לפני הניתוח. לפי נתוני המשרד, למרבית החולים בשברי צוואר הירך בני 66 ומעלה יש מחלות נוספות, והם זקוקים לייעוץ רפואי של מומחים ולבדיקות מסוגים שונים.

1. במחקר שנעשה בבתי החולים סורוקה וברזילי בנושא שברי צוואר הירך בקרב חולים שאושפזו בשנת 2000<sup>20</sup> נמצא, כי משך ההמתנה ליועצים מומחים שאינם אורתופדים קודם הניתוח היה אחד הגורמים לעיכוב בביצוע הניתוח. בסורוקה משך ההמתנה הממוצע לרופא פנימי מומחה, לקרדיולוג מומחה או לפסיכיאטר מומחה היה 1.75 ימים, 2.5 ימים ו-2.25 ימים, בהתאמה. בברזילי היה משך ההמתנה לרופא פנימי מומחה ולקרדיולוג מומחה 0.31 ימים ו-1.0 ימים, בהתאמה. לדעת החוקרים, אם יצומצם משך ההכנות לניתוח בכלל, ומשך ההמתנה ליועצים מומחים בפרט, יהיה אפשר לנתח את מרבית החולים בתוך 48 שעות.

2. חמישה משבעת בתי החולים שמסרו פרטים בעניין זה בטופס הנתונים (זיו, פוריה, קפלן, כרמל, יוספטל), דיווחו על עיכובים במתן ייעוץ רפואי של רופא פנימי ושל רופא מרדים לפני ביצוע ניתוח שבר צוואר הירך; ארבעה בתי חולים (שיבא, ברזילי, פוריה, קפלן) דיווחו על עיכובים בביצוע בדיקות אקו דופלקס<sup>21</sup>, תפקודי ריאה ו-C.T.

3. משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק 22 תיקי חולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך באיכילוב ושיבא בינואר-אוגוסט 2003. הבדיקה העלתה, כי 14 חולים המתונו לייעוץ של מומחים ולבדיקות נוספות מיומיים ועד שבעה ימים, וכתוצאה מכך הוארך משך ההמתנה שלהם לניתוח. בבדיקה של רישום שנעשה במחלקה האורתופדית בשיבא לצורכי מעקב אחר החולים הועלה, כי

20 ראו הערה 13.

21 בדיקת אולטרה סאונד של עורקי התרדמה בצוואר.

מ-77 חולים שנותרו בשל שבר צוואר הירך בחודשים ינואר-פברואר 2003, 13 חולים המתינו לבדיקה של קרדילוג יותר מיומיים קודם הניתוח.

בית החולים איכילוב הודיע למשרד מבקר המדינה בתשובתו מדצמבר 2003, כי הנחה את המחלקות "להיעזר בהנהלת ביה"ח אם יעוץ לא מגיע תוך 24 שעות מזמן ההזמנה". עם זאת הדגיש כי "ההמתנה למיפוי לב או אקו לב, תלויה... בזמינות של המכשיר וזו בעיה שפתרונה... דורש רכש של מכשירי הדמיה נוספים".

### מינוי אפוטרופוס<sup>22</sup>

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה), קובע, כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל, אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת. סעיף 16 לחוק קובע, כי מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו, שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי. במצב חירום רפואי<sup>23</sup> אפשר לתת טיפול רפואי דחוף המנוי בתוספת לחוק גם ללא הסכמה מדעת, בהסכמת שלושה רופאים כאמור בסעיף 15(3) לחוק. כאשר המטופל אינו במצב חירום רפואי והטיפול הדרוש לו מנוי בתוספת לחוק ומצבו הגופני או הנפשי אינו מאפשר את קבלת הסכמתו או סירובו לטיפול הרפואי, יש לקבל הסכמה או סירוב מגורם מוסמך כמו אפוטרופוס שהתמנה בצו בית המשפט.

חוזר מינהל רפואה במשרד מאוגוסט 1999 עוסק בנסיבות שבהן נדרשת פנייה דחופה לבית המשפט כדי שימנה אפוטרופוס לצורך אישור פעולה רפואית. מטרת החוזר לאפשר התארגנות מהירה ומתואמת של כל השותפים לתהליך הפנייה לבית המשפט, ונקבע בו, כי הגוף האחראי והמתאם בתחום זה הוא השירות הסוציאלי של בית החולים. עוד נקבע, כי כאשר אין מועמד מתאים לשמש אפוטרופוס ניתן לבקש מבית המשפט לאשר את מתן הטיפול הרפואי.

הביקורת העלתה, כי יש שהיה צורך לנתח במהירות קשישים שלקו בשבר צוואר הירך ולא היו מסוגלים לתת הסכמה מדעת או סירוב לניתוח, ולא מונה להם אפוטרופוס, ולכן היה צורך לפנות לבית המשפט לאישור הטיפול בהם. ההליך של השגת הסכמה באמצעות אפוטרופוס או בית משפט נמשך כמה ימים, וכתוצאה מכך נדחו ניתוחים.

כאמור, עיכוב ביצוע ניתוח שבר צוואר הירך עלול להביא לתוצאות חמורות ביותר ואף למות החולה. הביקורת העלתה, שבתי החולים התריעו מדי פעם בפעם על עיכובים בביצוע הניתוחים בשל ההמתנה למינוי אפוטרופוס לחולה. כך למשל כתב מנהל מחלקה אורתופדית בבית חולים למנכ"ל המשרד ביולי 2001, כי במחלקתו נפטר לאחרונה חולה שלקה בשבר בצוואר הירך לאחר שהמתין שלושה ימים למינוי אפוטרופוס. עד שהגיע לחדר הניתוח התפתח אצלו סיבוך והוא נפטר על שולחן הניתוחים. העובדת הסוציאלית של המחלקה האורתופדית במאיר דיווחה ביולי 2003 על ארבעה חולים שלקו בשבר צוואר הירך, שהליך מינוי אפוטרופוס עבורם האריך את המתנתם לניתוח בכיום וחצי.

מנתונים שהמציאו תשעה בתי חולים בטופסי הנתונים עולה, כי בחודשים ינואר-מאי 2003, 76 מ-413 החולים שהמתינו לניתוח שבר צוואר הירך (18.4%) המתינו בין יום לארבעה ימים בגלל היעדר אפוטרופוס.

כבר בכנס ההסכמה צוין, שעקב הסיכון הרב הכרוך בדחיית הניתוח, יש "לראות בניתוח קשיש עם שבר בצוואר עצם הירך טיפול דחוף במצב חירום רפואי". לכן, כאשר כושרו הקוגניטיבי, המנטלי

22 ראו בדוח זה בפרק: "פיקוח על הטיפול בחסויים", עמ' 657.

23 "מצב חירום רפואי" מוגדר בחוק כך: "נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף".

או הנפשי של חולה מוטל בספק, ואין לו אפוטרופוס שמונה כחוק, ופסיכיאטר החליט לאחר בדיקה כי הוא אינו מסוגל לתת הסכמה מדעת כחוק לניתוח, הומלץ לאפשר לבצע את הניתוח בהסכמת שלושה רופאים. חוות הדעת של הלשכה המשפטית במשרד הייתה אף היא, ש"הסיכון הנגרם מאי ביצוע דחוף של הניתוח, בתוך 48 שעות או פחות הוא 'סיכון מיידי לחייו' של הקשיש, או סכנה מיידית שתגרום לו 'נכות חמורה בלתי הפיכה', גם אם התוצאות החמורות מתבטאות במועד מאוחר יותר. לפיכך ניתן לומר שבמצב חירום כהגדרתו בחוק זכויות החולה... במצב בו לא ניתן לקבל את הסכמת הקשיש (או אפוטרופוסו - אם יש) לניתוח שבר בצוואר הירך, ניתן לנתחו על סמך חתימת שלושה רופאים כאמור בסעיף 15 (ג) לחוק זכויות החולה". עוד נאמר בחוות הדעת, כי אם עמדה זו מקובלת גם על מנכ"ל המשרד, "ניתן להוציא הנחיה ברוח זו לבתי החולים בחוזר מנכ"ל".

הביקורת העלתה, שלמרות המלצת כנס ההסכמה ועל אף חוות הדעת של הלשכה המשפטית לא הוציא המשרד הנחיה שלפיה ניתוח שבר צוואר הירך הוא בגדר טיפול דחוף במצב חירום רפואי, ולכן אפשר לעשותו בהסכמת שלושה רופאים למי שאינו בר-חתימה.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי אף שעוכבו של ניתוח שבר צוואר הירך מגביר במידה רבה את הסיכון לנכות חמורה ומעלה במידה ניכרת את שיעור התמותה, הנחיה המגדירה אותו טיפול דחוף במצב חירום "אינה זוכה לתמיכה מקיר לקיר... ולא ברור שהוצאת הנחיה מסוג זה היתה פותרת את הבעיה בכל המוסדות הרפואיים... ובפרט לא באלה הנשענים על יעוץ משפטי עצמאי".

בהסתמך על העמדה שהתקבלה בכנס ההסכמה ועל עמדותיהם של רופאים מומחים ומחקרים בנושא זה, אי-הגדרת שבר צוואר הירך אצל קשישים כמצב חירום רפואי פוגעת באיכות השירות הרפואי הניתן לקשישים. מן הראוי שהמשרד ישקול מחדש את עמדתו לגבי הגדרת ניתוח של שבר צוואר הירך אצל קשישים כ"טיפול דחוף במצב חירום", כדי שחולים ינותחו בהקדם.

## משתלים

קיימים שני סוגים עיקריים של שברי צוואר הירך: שבר חוץ-קופסיתי, שסיכויי האיחוי שלו אצל רוב החולים טובים, ושבר תוך-קופסיתי (שבר תת-ראשי), שסיכויי האיחוי שלו קטנים יותר.<sup>24</sup> בנייתוחים אלה ניתן להשתמש בכמה סוגי משתלים.<sup>25</sup>

בסקר שעשה המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בשנת 1995 בנושא המשתלים הועלה, בין השאר, כי אין בקרה על המשתלים שבהם משתמשים בנייתוחים. עוד הועלה, כי מספר החולים הנוזקים לניתוח נוסף עקב התרופפות משתל ישן שהושלל בגופם גדל, וחולים קשישים אלה נוזקים לניתוחים קשים ומסובכים שעלותם גבוהה. הסוקרים המליצו בשנת 1998

24 מעטפת המפרק נקראת קופסית, והיא מתחילה בבסיס צוואר הירך ומסתיימת באגן. בתוך המפרק נמצאים צוואר הירך וראש הירך. שבר תוך-קופסיתי הוא שבר של צוואר הירך, ושבר חוץ-קופסיתי (שבר טרוכנטרי) הוא שבר של אזור העצם שבין החלק האמצעי לבין צוואר הירך (וראו גם הערה 1).

25 הטיפול המקובל בשבר חוץ-קופסיתי הוא באמצעות התקן פלטה וברגים או מסמר. לטיפול בשבר תוך-קופסיתי כמה אפשרויות מקובלות: קיבוע פנימי באמצעות ברגים או מסמרים, המתאימים בעיקר לשברים ללא תזווה של חולים צעירים יחסית, החלפת ראש עצם הירך במשתל או החלפה של מפרק הירך במשתל.

לוועדה לאורתופדיה של המועצה הלאומית לכירורגיה ולהנהלת המשרד לבדוק את ההבדל ב"תוחלת החיים" של משתלים שונים, כדי למנוע החלפות תדירות שלהם; הדבר ימנע לדעתם נזקים בריאותיים לחולים ונזקים כלכליים למשק.

באותה שנה כתב יו"ר הוועדה האורתופדית של המועצה הלאומית לכירורגיה להנהלת המשרד, שעם העלייה בתוחלת החיים עולה שכיחות השברים החמורים בצוואר הירך, והציע לה לבדוק באיזו מידה המשתלים המשמשים בבתי החולים מתאימים לשברים אלה.

11 בתי חולים (שיבא, אסף הרופא, הלל יפה, ברזילי, זיו, פוריה, בני ציון, בילינסון, סורוקה, מאיר והכרמל) דיווחו למשרד מבקר המדינה, בנוגע לחולים שנותרו בשל שבר צוואר הירך ואושפזו שוב במחלקה בתוך שנה ממועד הניתוח, כי הסיבות לאשפוז הנוסף היו, בין היתר, התפרקות הקיבוע, התרופפות המשתל, זיהומים בשל המשתל וסיבוכים ישירים של הניתוח.

**הביקורת העלתה, שעד מועד סיום הביקורת לא קיים המשרד תהליך של בקרת איכות על סוגי המשתלים ולא עקב אחר מספר הניתוחים החוזרים והגורמים להם.**

### ניתוחים לפי תעריפים דיפרנציאליים<sup>26</sup>

תעריף דיפרנציאלי הוא תגמול קבוע עבור פעולות רפואיות מסוימות, והוא נקבע בעיקר לפעולות הכרוכות באשפוז קצר ובהוצאות ניכרות על ניתוחים או על חומרים וציוד. התעריף אמור לכסות את עלות הפעולות הרפואיות ואת המספר הממוצע של ימי האשפוז הכרוכים בהן, אולם אינו מביא בחשבון את מספר ימי האשפוז בפועל. תעריפים ריאליים אמורים לתת לבתי החולים תמריץ כלכלי ולעודד אותם לקצר את משך ההמתנה לביצוע הפעולות ואת משך האשפוז הכרוך בהן ובכך לגרום לניצול טוב יותר של משאבי המערך האשפוזי שלהם. המשרד קבע במהלך השנים תעריפים דיפרנציאליים ל-46 פעילויות.

בשברים בצוואר הירך נעשים, כאמור, שני סוגי ניתוחים, הנקבעים על פי מקום השבר: (1) ניתוח שבר תוך-קופסיתי (להלן - ניתוח א'). לניתוח זה קבע המשרד ביולי 1990 תעריף דיפרנציאלי<sup>27</sup>, ונקבע כי בית החולים רשאי לגבות מקופת החולים את התשלום עבור ניתוח זה על פי תעריף דיפרנציאלי או על פי מחיר ימי אשפוז, הסכום הגבוה מבין השניים. הסדר זה נקבע בשל האפשרות שמשך האשפוז יתארך בגלל סיבוכים רפואיים של החולה והתעריף הדיפרנציאלי לא יכסה את עלויות הטיפול. (2) ניתוח שבר חוץ-קופסיתי (להלן - ניתוח ב'), שלא נקבע לו תעריף דיפרנציאלי, והתשלום עבורו הוא על פי ימי האשפוז בפועל.

### תעריף דיפרנציאלי לניתוח שבר תוך-קופסיתי (ניתוח א')

1. בשנת 1990 קבע המשרד, כאמור, תעריף דיפרנציאלי לניתוח א'. המועצה הלאומית לכירורגיה המליצה למשרד בדצמבר 2002 לבדוק את התועלת והיחסון הנגרמים מהנהגת התעריף הדיפרנציאלי לניתוח א', להפיץ לבתי החולים את הנתונים על ניתוחים שהתשלום עבורם היה לפי תעריף זה (כמו משך ההמתנה עד הניתוח ומשך האשפוז) ולהמליץ להם לקבוע הסדרים עם קופות החולים לתשלום על פי תעריף זה כדי להמריץ אותם לקצר את משך ההמתנה לניתוחים.

26 ראו ברוח זה, בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445.  
 27 במועד הביקורת היה התעריף בין ש"ח ל-22,423 ש"ח ל-28,846 ש"ח לפי סוג הניתוח.

2. מדיווחיהם של תשעה בתי חולים בטופס הנתונים (שיבא, נהריה, ברזילי, הלל יפה, רבקה זיו, בני ציון, סורוקה, קפלן וכרמל) עולה, כי רק עבור כמחצית (53%) מהניתוחים מסוג א' שנעשו אצלם בשנים 2000-2002 גבו בתי החולים תשלום לפי תעריף דיפרנציאלי. עוד הועלה מהדיווחים, כי אף שמטרת התעריף הדיפרנציאלי היא לקצר את משך ההמתנה לניתוח ואת משך האשפוז הכרוך בו, בשישה מתשעת בתי החולים משך ההמתנה לניתוח א' עלה על יומיים ולא היה קצר ממשך ההמתנה לניתוח ב', שלא נקבע לו תעריף דיפרנציאלי. גם משך האשפוז של חולים שעברו את ניתוח א' לא היה קצר מזה של חולים שעברו ניתוח ב'.

הביקורת העלתה, כי ממועד קביעת התעריף הדיפרנציאלי לניתוח א' בשנת 1990, לא עקב המשרד אחר היקף הניתוחים שהתשלום עבורם נעשה לפי תעריף זה ואחר השפעת התעריף על משך ההמתנה לביצוע ניתוחים מסוג זה. הוא אף לא דן בהמלצות המועצה הלאומית לכירורגיה מדצמבר 2002 ולא בדק את הדרכים לקיצור משך ההמתנה לניתוח באמצעות התעריף הדיפרנציאלי.

מנתונים שמסר רמב"ם בטופס הנתונים עולה, כי במקרים רבים הוא גובה תשלום לפי תעריף דיפרנציאלי עבור ניתוח א' שנעשה לפי הסדר מיוחד מחוץ למסגרת העבודה המקובלת (לאחר שעות העבודה הרגילות), המאפשר את קיצור משך ההמתנה לניתוח. כתוצאה מכך היה המספר הממוצע של ימי ההמתנה בבית החולים לניתוח זה שהתשלום עבורו נעשה לפי תעריף דיפרנציאלי בפרק הזמן ינואר 2000 - מאי 2003, קטן מהמספר הממוצע של ימי ההמתנה לניתוח ב', שכאמור, לא נקבע לו תעריף דיפרנציאלי (כיומיים לניתוח א' לעומת כ-2.8 ימים לניתוח ב'); ובחודשים ינואר-מאי 2003 - 1.5 ימים לעומת 2.2 ימים).

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי שיהיה אפשר למצות את יתרונו של התעריף הדיפרנציאלי ולהמריץ את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוחים, על המשרד לבחון את הסיבות לשימוש המועט בתעריף הדיפרנציאלי.

### תעריף לניתוח שבר חוץ-קופסיתי (ניתוח ב')

לניתוח ב' לא נקבע, כאמור, תעריף דיפרנציאלי והתשלום עבורו הוא לפי ימי האשפוז בפועל.

1. כדי לקצר את תקופת ההמתנה לניתוח ב' הומלץ בכנס ההסכמה כי ייקבע תעריף דיפרנציאלי גם לניתוח זה. במקביל הומלץ לקבוע הסדרים שימנעו שחורר מוקדם מדי של החולים לביתם ויבטיחו שיימצא לחולים סידור שיקומי במהירות.

משרד האוצר ומשרד הבריאות לא הגיעו להסכמה בדבר גובה התעריף הדיפרנציאלי לניתוח ב', ועד ינואר 2004 לא הוכנס התעריף לרשימת הפעולות הדיפרנציאליות של המשרד<sup>28</sup>.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ומשרד האוצר לדון בהקדם בקביעת תעריף דיפרנציאלי לניתוח ב' שישפיע על בתי החולים וקופות החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוח זה, אך ימנע מהם לשחרר את החולים מוקדם מדי מבתי החולים לאחר הניתוח ויעודד אותם למצוא לחולים סידור שיקומי במהירות, כפי שהומלץ בכנס ההסכמה.

28 הצעת התעריף האחרונה שהציע המשרד באפריל 2003 הייתה 19,398 ש"ח, והיא התבססה על מספר ממוצע של 12 ימי אשפוז.

2. הביקורת העלתה עוד, כי הכללית קבעה לבתי החולים שלה מחיר דיפרנציאלי פנימי לניתוח ב' החל בינואר 2003, בסך 8,961 ש"ח. סכום זה היה בו כדי לממן במועד הביקורת כשישה ימי אשפוז (בלי להתחשב בעלות הניתוח).

מנתוני הכללית עולה, כי משך האשפוז הממוצע בסרוקה לניתוח ב' בשנת 2001 היה כ-17 ימים. ממסמכי סרוקה עולה, כי על פי חישוביו, התעריף הדיפרנציאלי שהקופה משלמת עבור ניתוח ב' אינו מכסה את ההוצאות הנגרמות לבית החולים.

**לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שכללית תבדוק את השפעת התעריף הדיפרנציאלי שקבעה על קיצור משך ההמתנה לניתוחים, ותשקול האם צריך לשנות את התעריף באופן שיביא לייעול רפואי וכלכלי של בתי החולים, בלי לפגוע ברמת השירות.**

### פיזיותרפיה במחלקה המנתחת

שברים בצוואר הירך בגיל המבוגר עלולים לגרום לסיבוכים בריאותיים, הנגרמים בעיקר משכיבה ממושכת. כך למשל נגרמים פצעי לחץ, זיהומים בדרכי הנשימה ובדרכי השתן, בלבול וירידה כללית בתפקוד.

מטרתו של הטיפול הפיזיותרפי היא למנוע סיבוכים הנגרמים משכיבה במיטה, לסייע למנותח לחזור לתפקוד גופני ומנטלי קרוב ככל האפשר לזה שהיה לו לפני השבר, ולאפשר לו להיות נייד במהירות האפשרית. אנשי מקצוע סוברים, שלהשגת יעדים אלה יש להקים את החולה מהמיטה למחרת הניתוח, לפי הנחיות הרופא המטפל, ולתת לו טיפול פיזיותרפי בכל יום. מנהל מחלקה אורתופדית באחד מבתי החולים כתב ביולי 1999 כי "ככל שמעמידים את החולה הקשיש על רגליו מוקדם יותר... ונותנים לו להלך כך שיקומו מהיר יותר. כל דחייה של 24 שעות או 48 שעות בהולכת החולה והקמתו מביאה לכך ששיקומו מתאחר בהרבה מהמצופה".

ועדה מקצועית לנושא שיקום ומניעת סיבוכים<sup>29</sup> ומשתתפי כנס ההסכמה המליצו על טיפול פיזיותרפי במהלך האשפוז, ובמיוחד בימים הראשונים שאחרי ניתוח שבר צוואר הירך, בהיקף של חצי שעה ביום, חמש פעמים בשבוע לפחות<sup>30</sup>. קבלת הטיפול הפיזיותרפי הראשון מיד לאחר הניתוח מגדילה מאוד את סיכויי המנותח לחזור לתפקודו הקודם.

משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק 38 תיקי חולים שנותרו בשל שבר צוואר הירך בשלושה בתי חולים (מאיר, איכילוב ושיבא) בחודשים ינואר ומאי 2002 ובחודשים ינואר-אוגוסט. 2003 הבדיקה העלתה, כי 15 מהחולים (כ-40%) לא קיבלו כלל טיפולים פיזיותרפיים או לא קיבלו טיפול יום ואף יומיים לאחר הניתוח.

בית החולים שיבא ציין בתשובתו למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003 כי "מנהל בית החולים צריך לתת מענה של מספר פיזיותרפיסטים זמין על מנת לעמוד בהנחיות הקליניות. אך... מספר החולים עולה מחד, ומנגד, בשנה הנוכחית מקצץ מנהל בית החולים בכ"א והקיצוץ מעמיק בשנה הקרובה... החולים שקיבלו בעבר פיזיותרפיה אפילו בגירסה המצומצמת לא ימשיכו לקבל את השירות בשנה הקרובה לא בשל העדר הנחיה, אלא בשל העדר כוח אדם נחוץ לקיימה".

29 מונתה בידי הוועדה לבחינת נושא שברי צוואר הירך בקרב קשישים ב-1997, ראו לעיל.  
 30 על טיפול פיזיותרפי במסגרת אשפוז שיקומי ראו את הפרק "אשפוז שיקומי בבתי חולים", דוח שנתי 2002, עמ' 201.  
 31 עמ' 201.



לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לדון בהמלצות כנס ההסכמה בנושא הטיפול הפיזיותרפי ובאפשרויות ליישמן. אכן מערכת הבריאות פועלת במגבלות תקציב, ואולם יש לתת לחולים את הטיפול הנדרש ולשפר את יכולתם לחזור לתפקוד הקודם. יתר על כן, השקעת משאבים בטיפול פיזיותרפי בטווח הקצר יש בה כדי לחסוך משאבים בטווח הרחוק ולהקל את הנטל הכספי שיוטל על הציבור אם לא יינתן הטיפול הנדרש.

## שיקום

1. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, נקבע סל שירותים, ובו נכלל אשפוז שיקומי עד שלושה חדשים. הטיפול השיקומי אמור להינתן בבית חולים שיקומי או במערכות השיקום בקהילה.

לדעת אנשי המקצוע, חולה קשיש שנותח בשל שבר צוואר הירך, יש להעבירו למסגרת שיקומית בהקדם האפשרי, אם המליץ על כך הרופא במחלקה המנתחת. טיפול שיקומי המשכי משפר את סיכויי החזרתו לתפקוד המיטבי ויש בו כדי למנוע סיבוכים הנגרמים מאשפוז שאינו חיוני.

2. במחקר על הטיפול בשברי צוואר הירך אצל חולים בני 65 ומעלה שאושפזו בסרוקה ובברזילי בשנת 2000 (ראו לעיל) הועלה, כי משך האשפוז הממוצע של מנותחים שהיו מבוסחים בכללית היה ארוך בכ-50% מזה של מבוסחים בקופות חולים אחרות, משום שהעברתם למוסדות שיקום התעכבה. כן העלה המחקר, כי מעקב יעיל אחר מהלך האשפוז של המבוסחים, כפי שמנהלות קופות החולים האחרות, מאפשר את העברתם למוסד שיקום בהקדם ומונעת את אשפוזם הממושך במחלקה האורתופדית. לדעת החוקרים, משך האשפוז הארוך במחלקה המנתחת מקטין את הסיכויים למיצוי פוטנציאל השיקום של החולים ומגדיל את הוצאות מערכת הבריאות על הטיפול בהם.

מטופסי הנתונים שריכוזו משרד מבקר המדינה מבתי החולים עלה, כי גם בעת הביקורת התעכב שחרורם של מנותחי שבר צוואר הירך מבתי חולים בשל היעדר סידור שיקומי. כך למשל דיווחו שני בתי חולים (פוריה וסרוקה) כי 68 (25.6%) מהחולים שנותחו בחודשים ינואר-מאי 2003, היו מאושפזים יותר מחמישה ימים אחרי הניתוח, ושחרורם התעכב בגלל היעדר מוסד משקם. בינואר 2001 ובמרס 2003 הודיע מנהל המחלקה האורתופדית בסרוקה להנהלת בית החולים, כי נוסף על העומס הקיים ממילא במחלקה מצטברים בה חולים מבוסחי הכללית, שאי אפשר לפנותם מהמחלקה לאחר ניתוח שבר בצוואר הירך משום שהכללית לא העבירה אותם למוסדות שיקומיים או סיעודיים. כתוצאה מכך תפוסות דרך קבע מיטות רבות בידי חולים שאינם צריכים טיפול, וחולים חדשים נאלצים להתאשפז בפרוודור.

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי בהיעדר מיטות שיקום בדרום הארץ נאלצת המחלקה האורתופדית בסרוקה "להעביר חלק מהחולים אחרי הניתוח [בשבר צוואר הירך] לשיקום למחלקה גריאטרית [בבית החולים]". יצוין שהמחלקה הגריאטרית בסרוקה איננה מחלקה שיקומית<sup>31</sup>, והמאושפזים בה אינם מקבלים את הטיפול השיקומי הנדרש.

3. הביקורת העלתה, כי לפני שחרור מנותחי שבר צוואר הירך מהמחלקה האורתופדית במאיר, דנה בעניינם הוועדה לוויסות חולים של מחוז השרון בכללית בשיתוף בעלי תפקיד מהמחלקה.

31 ראו דוח שנתי 50ב של מבקר המדינה (2000), בפרק "השירות הרפואי באזור הדרום", עמ' 279.

משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק 15 תיקי מבטחים בכללית שנותחו בשל שבר צוואר הירך במאיר בחודשים ינואר ומאי 2002 ואפריל, מאי ויולי 2003. הבדיקה העלתה, כי שחרורם של שלושה מהחולים מבית החולים התעכב שלושה או ארבעה ימים משום שהוועדה לוויסות חולים לא מצאה להם מקום אשפוז במוסד שיקומי.

4. בכנס ההסכמה הומלץ להגדיר "חבילת טיפול ושיקום" שתכלול את כלל מרכיבי הטיפול בחולה שלקה בשבר צוואר הירך, ובכלל זה דרכי שיקום וטיפולים מקצועיים שהחולה הקשיש זקוק להם. כמו כן הומלץ ליצור מערך קישור בין המחלקות לאורתופדיה ולשיקום בבית החולים לבין המרפאות בקהילה, כדי להבטיח קליטה נאותה של החולה בקהילה.

**הביקורת העלתה, שהמשרד לא הגדיר "חבילת טיפול ושיקום" לחולים המשתחררים מהמחלקה המנתחת ולא הנחה את בתי החולים ואת קופות החולים להכין לחולים תכניות טיפול ושיקום כוללות ברוח המלצות כנס ההסכמה.**

במחקר שנעשה ברמב"ם בשנים 2000-2003<sup>32</sup> נעשתה השוואה בין שני סוגי הטיפול שניתן לקשישים שנותחו בשל שבר צוואר הירך לאחר שהשתחררו מבית החולים: טיפול בקהילה וטיפול המושך במרפאת בית החולים. נבדקו חולים בני כ-80 שנותחו בשנים 2001-2002.

במחקר הועלה, שמרבית הקשישים שלא השתתפו בתכנית לטיפול המשך במרפאת בית החולים גם לא קיבלו לאחר הניתוח טיפול הולם בקהילה; לקרוב ל-10% מהם אירע בתוך שנה שבר נוסף בצוואר הירך; ועלות הטיפול בשברים נוספים של חולים שלא קיבלו טיפול הייתה יותר מפי עשרה מעלות ההשתתפות של החולים בתכנית לטיפול המשך במרפאת בית החולים, וזאת בלי להביא בחשבון את הסבל שנגרם לחולה שאירע לו שבר נוסף. עוד הועלה במחקר, כי טיפול ההמשך במרפאת בית החולים הקטין במידה ניכרת את שכיחות השברים החוזרים.

5. במרס 2003, בעקבות תלונות שקיבל המשרד על מניעת שיקום מחולים גריאטריים מבוטחי הכללית, עשה הגריאטר האזורי בלשכת הבריאות המחוזית חיפה בדיקה בדבר מהלך השיקום של 71 חולים קשישים מבוטחי הקופה ששחררו מרמב"ם בפרק הזמן 1.1.03-15.2.03, מהם 29 שנותחו בשל שבר צוואר הירך ו-42 שלקו באירוע מוחי.

בדיקת הגריאטר המחוזי העלתה, כי החולים ששחררו לבתיהם והיו זקוקים לשיקום קיבלו כ-40 דקות פיזיותרפיה בשבוע בקהילה, בניגוד להמלצות כנס ההסכמה - חצי שעה חמש פעמים בשבוע לפחות. הגריאטר המחוזי הגדיר היקף זה של הטיפול "טיפול הרחוק מלספק" וקבע, כי השיפור בתפקודם של חולים אלה היה קטן ביותר.

ביוני 2003 הועלתה סוגיה זו בדיון משותף לכללית וללשכת הבריאות של המשרד בחיפה, בנושא "איכות השיקום של הקשישים במחוז מאז נובמבר 2002". מנהל מחוז חיפה בקופה ציין כי "אין קריטריונים של משרד הבריאות המגדירים בצורה ברורה מה אמור לכלול שיקום בישראל".

בעקבות קבלת תוצאות הבדיקה של הגריאטר המחוזי, מינתה הנהלת המשרד במרס 2003 ועדה<sup>33</sup> והטילה עליה לבדוק את הטיפול השיקומי שקיבלו חולים אלה בשלושת החודשים שקדמו למועד מינויה. בנובמבר 2003 הגישה הוועדה להנהלת המשרד "תוכנית מסגרת לבדיקת הטיפול בחולים

32 צ' איש שלום, י' סגל, ב' גורביץ, ח' צינמן, מ' זיפצינר, הארעות שבר שני בחולים קשישים לאחר שבר צוואר הירך, הפחתת הארעות שבר זה כתוצאה מהשתתפות בתכנית יעודית לחולים לאחר שבר אוסטאופורוטי ראשון, המרכז רפואי רמב"ם (2003).

33 "ועדה לבדיקת פגיעה בשיקום של מבטחים בשרותי בריאות כללית במחוז חיפה, שלקו בשבץ המוח ובשברי צוואר הירך".

המיועדים לשיקום". עד דצמבר 2003 טרם גובשה במשרד תכנית אופרטיבית ליישום המלצות הוועדה.



מהמפורט לעיל עולה, כי לא תמיד מקבלים החולים לאחר ניתוח שבר צוואר הירך את הטיפול השיקומי שהם זקוקים לו, ומי שמקבל טיפול לא תמיד מקבל אותו בזמן ובהיקף הנדרש. עיכוב המנותחים בבית החולים פוגע בסיכויי השיקום שלהם, חושף אותם לזיהומים במחלקות ומגדיל את הוצאות הגוף המבטח. על בתי החולים לייעל את הליך השחרור של החולים כדי למנוע החמרה במצבם ולהקטין את הוצאות אשפוזם. במקביל על קופות החולים לדאוג לטיפולים שיקומיים נאותים במוסד שיקום, ולחלופין במסגרת הקהילה.

## רישום נתונים

1. מידע מקיף ומעודכן חשוב מאוד לצורך הסקת מסקנות מבוססות, לקבלת החלטות נכונות ולקביעת מדיניות בריאות כלכלית הולמת. רישום המידע על שברי צוואר הירך בקרב קשישים נעשה באגף למידע ומחשוב במשרד ובמרשם הטראומה של היחידה לחקר שירותי בריאות במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות, המקבל דיווח על אשפוזים משמונה בתי חולים.

כבר בשנת 1998 הצביעה הוועדה המקצועית למשמעות רישום הנתונים<sup>34</sup> על כך שהמידע שבידי המשרד על ניתוח שבר צוואר הירך לוקה בחסר. כך, למשל, חסר במשרד מידע על הסיבות לדחיית הניתוחים, על מחלות נלוות ועל תהליך השיקום והמשך הטיפול; היו שגיאות ברישום האבחנות והיו עיכובים ברישומן בבתי החולים וכתוצאה מכך עיכובים בהעברת המידע עליהן למשרד; היקף הנתונים באגף למידע ומחשוב במשרד היה קטן מהיקף הנתונים ברישומי המחלקות האורתופדיות בבתי החולים.

במגמה לשפר את איכותו ומהימנותו של הרישום ואת זמינות המידע, המליצה הוועדה להקים ועדה קבועה לניתוח המידע והאבחנות ולשיפורם. הביקורת העלתה שלא הוקמה ועדה כזאת.

2. בכנס ההסכמה דווח שמערכות המידע במשרד ובמכון גרטנר אין בהן כדי לספק את מלוא המידע הנדרש לקבלת החלטות ולקביעת מדיניות לטיפול בשברי צוואר הירך אצל קשישים. אשר למערך הנתונים של המשרד, בתי החולים מחויבים לדווח למשרד על האבחנות של כל החולים המאושפזים בהם, אולם הדיווחים אינם מלאים והם מקיפים רק 80% מהאבחנות, ונוסף על כך יש טעויות בקידוד האבחנות.

נוכח האמור לעיל סוכם בכנס להקים מערך לדיווח ולאיסוף מידע על שברי צוואר הירך, שיקיף את כל המחלקות האורתופדיות והשיקומיות המאשפוזות חולים הסובלים משברים אלה. עוד סוכם, שהמידע צריך לכלול מידע דמוגרפי ופרטים על מחלות שקדמו לשבר, סוג השבר, טכניקת הטיפול, סיבוכים, התוצאה הסופית והמקום שאליו יועבר החולה לאחר שחרורו מהמחלקה שבה אושפו.

34 הוקמה בידי הוועדה לבחינת נושא שברי צוואר עצם הירך בקרב קשישים בשנת 1997. תפקידה היה לבדוק את מקורות המידע בנושא זה, לאתר נתונים על היקף השברים באוכלוסיית הקשישים ועל מידת השימוש בשירותי האשפוז, לאתר את המגבלות של המקורות ולהגדיר את המידע החסר.

הביקורת העלתה, כי עד מועד סיום הביקורת לא הוקם מערך לדיווח ולאיסוף מידע על שבר צוואר הירך, וכי המידע שבידי המשרד עדיין חלקי. כך, למשל, באוגוסט 2003 לא היו במשרד נתונים מלאים על נפגעי שבר צוואר הירך משנת 2002. בדוחות קודמים של משרד מבקר המדינה<sup>35</sup> הוצבע על כך, שנתונים שונים שבידי המשרד אינם מעודכנים. לדעת משרד מבקר המדינה, היה על המשרד לדון בהמלצות כנס ההסכמה בעניין זה ובאפשרויות יישומן.

3. סיווג המחלות וסימול האבחנות והניתוחים בקודים מתאימים הם הבסיס לתייעור כל מידע רפואי, מבטיחים את איכותו ומאפשרים להשתמש בו לצרכים שונים. המידע הרפואי המסומל משמש לצורכי ניהול הידע הרפואי והמינהל הרפואי, כגון: המשך הטיפול בחולה והמעקב אחריו, מחקר והוראה, בקרת איכות השירות והטיפול הרפואי, תקצוב שירותים ותמחורם, ניהול פיננסי, סטטיסטיקה, הסקת מסקנות לעתיד וקביעת מדיניות.

טעויות בסימול האבחון ופיגור בקידודו עלולים לפגוע במטרות שלשמן הונהג הסווג והסימול. לדוגמה, דיווח שגוי, בגלל טעויות בקידוד האבחנה, על מספר קטן של ניתוחי א' או על משך המתנה קצר לניתוחים אלה, לא ישקפו את היקף הבעיה ואת הצורך בפתרונה.

בשנת 1996 מינה המשרד צוות בקרה מיוחד שאמור להבטיח אחידות בסימול האבחנות והניתוחים במוסדות האשפוז, ולהבטיח שבבתי החולים מתקיימים מנגנונים לבקרת סימול הפעולות הנעשות לפי תעריף דיפרנציאלי שחדרי הניתוח מדווחים עליהן למשרד קבלת חולים לצורכי התחשבות.

בחוזר של מינהל רפואה מאוקטובר 2000 נקבע נוהל עבודה לסימול המידע הרפואי - קידוד אבחנות ופעולות. בנוהל נקבע, כי הצוות הרפואי אחראי לכתיבת מסמך סיכום האשפוז, ובכלל זה לרישום האבחנות והפעולות במסמך על פי המינוח הבין-לאומי, וכי רשם המידע הרפואי יבדוק את הסימול שהציע הרופא ויאשר או יתקן אותו ויקבע את הסימול הסופי.

אגף לשירותי מידע ומיחשוב מסר לנציגי משרד מבקר המדינה, כי בשנתיים האחרונות נעשתה במרבית בתי החולים בארץ בקרה על בדיקת התהליך של סימול המידע הרפואי. במרכז הרפואי רמב"ם נעשו שתי בקורות בשנת 2000 ובשנת 2001, ונדרשה בקרה חוזרת, אך מאז ועד מועד סיום הביקורת, באוגוסט 2003, עיכב בית החולים את ביצועה. עוד מסר האגף, כי ברמב"ם, באיכילוב, בהלל יפה, בבני ציון ובאסף הרופא יש מערכות קידוד מחלקתי אוטומטי, שעל חלקן אין בקרה והנתונים מועברים מהן ישירות למאגרי המידע של בית החולים ושל המשרד הראשי. על פי נתונים אלה נקבעים המשך הטיפול בחולה והתחשבות עם הגופים המבטחים.

היעדר בקרה שוטפת על קידוד הנתונים בבתי החולים פוגע במהימנות הנתונים וביכולת לקבוע מדיניות בריאות. במצב זה אף לא ניתן ליישם את המלצת כנס ההסכמה בדבר הקמת בסיס מידע ארצי על הטיפול בשברי צוואר הירך. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לקיים בקרה שוטפת על קידוד הנתונים בבתי החולים כדי להבטיח את מהימנותם.

4. חוזר מנכ"ל המשרד בנושא "נהלי עבודה - קופת חולים מול בתי החולים" מנובמבר 1991 מנחה את בתי החולים הכלליים לתת לקופה המבטחת את מרב המידע על כל אשפוז של חולה, ובמיוחד על אשפוז דחוף דרך חדר המיון, ובכלל זה מידע על סיבת האשפוז. כמו כן החוזר מחייב

35 ראו דוח שנתי 51 של מבקר המדינה (2001), בפרק "היערכות המשרד לטיפול בנפגעי טראומה בבתי החולים", עמ' 407; דוח שנתי 47 (1997), בפרק "הטיפול בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש - איידס", עמ' 198

את בתי החולים לשלוח לקופה המבטחת את תעודת השחרור של החולה שרשומות בה האבחנות הראשיות והפעולות הרפואיות העיקריות שנעשו.

ממסמכי מכבי עולה, שהיו בתי חולים שדיווחו בשנת 2002 למכבי רק על שיעור קטן של האבחנות בדבר החולים שאושפזו אצלם כנדרש בחוזר האמור לעיל, וכי לא דיווחו על ניתוחי שבר צוואר הירך למרות בקשות הקופה. לפיכך אין בידי הקופה מידע מדויק על היקף מבוטחיה שעברו ניתוחים אלה ועל סוגי הניתוחים שעברו, ונפגעת יכולתה לתכנן תכניות למניעת השברים ולשיקום חולים אלה בעתיד.

כך, למשל, דיווח אסף הרופא לקופה במחצית השנייה של שנת 2002 על 0.03% מהאבחנות בדבר חולים שאושפזו בו, וולפסון - על 3.93% מהאבחנות, איכילוב - על 19.83% ורמב"ם - על 31.49%.



שברים בצוואר הירך שכיחים בקרב קשישים. ניתוחים דחופים של השברים בתוך 24-48 שעות יש בהם כדי למנוע מהחולים סבל, נכות, מחלות נוספות והידרדרות מנטלית וגופנית, ובמקביל לחסוך למערכת הבריאות הוצאות על אשפוזים ועל טיפולים ממושכים בקשישים. משרד הבריאות, שהכיר בבעיה זו, יזם כנס הסכמה בעניין זה וראה בהמלצות הכנס שהתקבלו ב"הצהרת ההסכמה" יעדים לטיפול בחולים שלקו בשברי צוואר הירך, אולם לא פעל ליישומן.

הביקורת העלתה שלחולים שלקו בשבר צוואר הירך לא ניתנה עדיפות בטיפול, כמתבקש ממצבם, והם לא נותחו בדחיפות הראויה. המשרד לא קבע הנחיה שלפיה שבר בצוואר הירך הוא בגדר טיפול במצב חירום רפואי, כפי שהומלץ בכנס ההסכמה, וכ-50% מהחולים המתנינו יותר מ-72 שעות לביצוע הניתוח. הניתוחים התעכבו בין היתר בשל עיכובים בביצוע הבדיקות הרפואיות הנדרשות לקראת הניתוח ומחסור בחדרי ניתוח זמינים. פעמים רבות לא היו חדרי הניתוח זמינים בשל ליקויים בהפעלתם.

במטרה להמריץ את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוחי שבר צוואר הירך קבע המשרד עוד בשנת 1990 תעריף דיפרנציאלי לניתוחים של אחד משני סוגי השברים. הביקורת העלתה, שלמרות זאת בתי חולים רבים לא קוצר משך ההמתנה לניתוחים אלה. המשרד לא קבע תעריף דיפרנציאלי לניתוחים של שבר בצוואר הירך מסוג אחר, אף ששיעורם הוא כמחצית מניתוחי שבר צוואר הירך.

היעדר טיפול ראוי בקשישים שלקו בשבר צוואר הירך הוא בעיה אנושית וחרבתית שיש לפתרה. על המשרד לקבוע מדיניות לאומית בנושא ולהיערך לשיפור הטיפול בחולים ושיקומם. המשרד וקופות החולים אמנם פועלים במגבלת תקציב, אולם חיסכון במשאבים המושקעים בטיפול בחולים אלה בטווח הקצר עלול לפגוע בזכותם לטיפול ראוי, להגביר את סבלם ולצמצם סיכויי השיקום שלהם, ולהגדיל את עלות הטיפול בהם בטווח הרחוק.

## מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים

### תקציר

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות), קופות החולים (להלן - הקופות) אחראיות לספק את השירותים הרפואיים לתושבים הרשומים אצלן. הקופות מספקות שירותי אשפוז ושירותים רפואיים חוץ-אשפוזיים (אמבולטוריים) לכל האוכלוסייה באופן ישיר ובאמצעות קניית שירותים מבתי חולים כלליים (להלן - בתי חולים) - בעיקר בתי חולים ממשלתיים וציבוריים ובתי חולים שבבעלות שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית). שיטת תגמול בתי החולים משפיעה על איכות הטיפול הרפואי, על היקף ההוצאה הציבורית והלאומית לבריאות ועל יכולתם של בתי החולים לאזן את תקציביהם ולהשקיע בפיתוח הרפואה.

תשלומי הקופות בעבור השירותים שהן רוכשות בבתי החולים מבוססים על אלה: מחיר יום אשפוז, מחיר לפעילויות נבחרות (מחיר דיפרנציאלי) ומחיר לשירות חוץ-אשפוזי (מחיר אמבולטורי), וייקראו להלן - מחיר שירותי בריאות<sup>1</sup>. לפי חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996, משרד הבריאות (להלן - המשרד) מציע את המחירים לפעילויות נבחרות ואת המחירים האמבולטוריים לוועדת מחירים בין-משרדית (להלן - ועדת המחירים) שחברים בה נציגי המשרד ומשרד האוצר, והמחירים טעונים אישורה. מחיר יום אשפוז מבוסס על ממוצע עלויות אשפוז במחלקות שונות, ושר הבריאות ושר האוצר קובעים את שיעור השינוי במחיר זה לאחר התייעצות עם ועדת המחירים. שיעור שינוי זה חל גם על המחירים לפעילויות נבחרות ועל המחירים האמבולטוריים.

1. מחיר יום האשפוז הוא מחיר ממוצע כלל מחלקתי, אשר אינו מביא בחשבון את המחלקה שבה מאושפז החולה, את מצבו ואת התשומות שהושקעו בטיפול בו. יוצא שקיימות מחלקות אשר עלות האשפוז בהן יקרה עד פי ארבעה ממחיר יום האשפוז הממוצע, ובמחלקות אחרות עלות האשפוז נמוכה מהמחיר הממוצע. המחיר הממוצע עלול ליצור לבית החולים תמריץ להאריך את תקופת האשפוז של החולה ותמריץ להעדיף הקמה או פיתוח של מחלקות אשר עלות האשפוז בהן זולה מהתקבול עבור יום אשפוז.

2. מתחילת שנות התשעים החל המשרד לקבוע שיטת תגמול שונה, לפי מקרה, על פי תעריפים דיפרנציאליים לקבוצת פעילויות נבחרות - ניתוחים מסוימים, צנתורים, השתלות ועוד - שחלקן נעשות במהלך אשפוז, וחלקן - באשפוז יום. עדכון התעריפים הדיפרנציאליים נעשה על פי שיעור עדכון מחיר יום אשפוז, אף שהפעולות הדיפרנציאליות הן עתירות טכנולוגיה, ואילו המרכיב העיקרי של עדכון מחיר יום אשפוז הוא שכר עבודה. שיעור השינוי של התשומות לאלה שונה. מן הראוי שהמשרד יבנה מנגנון לעדכון תעריפי הפעולות הדיפרנציאליות אחת לכמה זמן.

3. שירותים אמבולטוריים הם שירותים רפואיים הניתנים על ידי בתי החולים שלא באשפוז, בעיקר במרפאות החוץ שלהם. הבדיקה העלתה כי מחירון המשרד כלל

1 המשרד מפרסם מחירים אלו במחירון המופץ ליריעת המשתמשים העיקריים (בתי חולים וקופות) ובאתר האינטרנט שלו. משנת 1997 ואילך ההגדרה מופיעה בחוקי ההסדרים במשק המדינה.

תעריפים אשר נקבעו לפני שנים רבות, ומאז עודכנו אלה לרוב רק בשיעור העדכון של מחיר יום האשפוז, אשר מרכיב עיקרי בהתייקרותו הוא, כאמור, השינוי בשכר. קיים פער ניכר בין מחיריהם במחירון המשרד, לעלויותיהם האמיתיות בבתי החולים הממשלתיים ולמחיריהם בשוק או לעלות ביצועם באמצעות הקופות.

מחיר של שירות הגבוה באופן ניכר מעלותו מעודד כניסה של יזמים וספקים לאותו תחום; אלה מציעים אותם השירותים לקופות במחירים זולים ממחירי המשרד. הקופות גם פתחו בעצמן מרכזים רפואיים לאספקת אותם שירותים. מצב זה יצר כפל תשתיות: במקביל למרפאות חוץ בבתי החולים, שנותנות שירותים אמבולטוריים, יש לכל קופה מרפאות מומחים, מכוני בדיקות, מכוני דימות<sup>2</sup>, מכוני דיאליזה, מעבדות ועוד. כפל זה יוצר בזבוז משאבים לאומיים, שכן היצע גדול של מרכזים רפואיים מעודד שימוש יתר בשירותים רפואיים, עלול לגרום לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות וליצור עודף כושר ייצור. מן הראוי שהמשרד יבחן את היקף התשתיות הקיימות והנדרשות לשם השגת יעילות בהקצאת המשאבים.

ועדה לקביעת עקרונות לתמחור שירותים הניתנים ע"י בתי החולים (להלן - הוועדה), שמינה מנכ"ל המשרד במאי 2001, אשר הייתה צריכה להגיש את המלצותיה עד אוגוסט אותה שנה, המליצה באפריל 2002 לתמחר מחדש את השירותים האמבולטוריים. באוקטובר אותה שנה המליצה הוועדה שהתמחור ייעשה בידי גורם חיצוני. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, כשנה לאחר מכן, המשרד הכין רק טיוטה למכרז לקבלת שירותי תמחור.

באפריל 2003 המליצה ועדת משנה של הוועדה להתחיל בתכנית חלוץ בארבעה בתי חולים כדי לבחון שיטת תגמול הנהוגה באוסטרליה. עד מועד סיום הביקורת ננקטו רק צעדים ראשוניים ליישום תכנית החלוץ.

4. בתי החולים הם מערכת רפואית-כלכלית גדולה מאד. אחד הכלים הניהוליים בכל מערכת כלכלית הוא מערכת תמחור, המאפשרת לעמוד על הקשר בין תשומות לתפוקות ולקבל תמונה נאותה על עלויות המוצרים והשירותים. מערכת כזו מאפשרת לנתח את העלויות לסוגיהן, להשוות בין בתי חולים ובין מחלקות, להוות בסיס לתקצוב ריאלי, לסייע בקביעת מחיר שירותי בריאות ועוד. מאז שנת 1996 המשרד עדיין לא קיים דיון מעמיק בצורך לבנות מערכת כזו.

אחד מתפקידי המשרד הוא להציע מחירים לשירותים הרפואיים ולפרסמם לאחר אישור ועדת המחירים. מן הראוי לחשב את המחיר לפי המידע על עלויות השירותים. בפועל, המשרד מחשב את מחיר השירות בעיקר בהתאם למידע שמוסרים לו בתי החולים, שלרובם אין מערכת תמחור. המשרד תלוי במידע זה, ולעתים נוצר קושי לבדוק את מהימנות הנתונים.

5. משנת 1994 נהוגה מדיניות של קביעת תקרה להוצאות האשפוז. השיטה קובעת תקרת תשלומים לכל קופה שתשלם בעד שירותי בריאות במחירם המלא לכל בית חולים ציבורי כללי<sup>3</sup>. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי

2 דימות (רנטגן, רפואה גרעינית, טומוגרפיה מוחשבת ודימות מגנטי) - הפקת דמות באמצעים אקוסטיים (גלים על-שמעיים), אלקטרוניים, תרמיים וכד'. הדימות ברפואה משמש לאבחון.

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

התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, קובע שבצריכה שחורגת מהתקרה פוחתים מחירי שירותי הבריאות שמשלמות הקופות לבתי החולים למחצית המחיר המלא. לפי החוק, רשאים כל בית חולים ציבורי כללי וכל קופה לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר אחר להתחשבות בעד רכישת שירותים בבית החולים. את העתקו של הסכם כזה יש להעביר לשר הבריאות ולשר האוצר שמוסמכים לבחון אותו בתוך 60 יום מהעברתו לידיהם, ולהודיע לצדדים אם ההסכם אינו ממלא אחר התנאים שנקבעו בחוק.

תקרות התשלומים וההסכמים, אי-הסכמה בין קופות ובין בתי חולים או אי-אישורם של ההסכמים גרמו להסטה של רכישת השירותים בידי הקופות מבית חולים אחד למשנהו תוך גרימת אי-נוחות למבוטחים הנזקקים לבתי החולים באזור מגוריהם. פעולה כזו אף מקטינה את הכנסות בית החולים שממנו מוסטת הפעילות.

6. למשרד כפל תפקידים - מצד אחד, הוא מופקד על גיבוש מדיניות בריאות, על תיאום, על פיקוח ועל בקרה של מערכת הבריאות; ואילו מן הצד האחר, הוא מספק שירותי בריאות באמצעות בתי החולים שבבעלות הממשלה. עובדה זו יוצרת קשיים במילוי תפקידיו בנוגע למחיר שירותי הבריאות, ההתחשבות במערכת הבריאות והפיקוח על אלה.

(א) המשרד בדק תעריפים של שירותים רפואיים אחדים, הגיע למסקנה שהתעריף אינו ריאלי, ופעמים אף החל בבדיקה או תמחור מחדש, אולם לאחר מכן לא פרסם תעריף חדש בגלל חשש לפגיעה בהכנסות בתי חולים.

(ב) כמה הסכמים שנעשו בין קופות אחדות ובין בתי חולים אחדים של הכללית לא הועברו בידי הצדדים לביקורתם של שר הבריאות ושר האוצר, כנדרש בחוק ההסדרים, כאמור. הכללית לא העבירה הסכמים אלו למשרד, לטענתה, בגלל ניגוד העניינים שהמשרד נתון בו. עובדה זו עלולה להקשות על המשרד לבחון אם התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים מקוימים בהסכמים ולהבטיח למבוטחים בקופות שירותים רפואיים ברמה נאותה ובאיכות וזמינות טובות, כמתחייב מהוראות חוק ביטוח בריאות.



על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות), קופות החולים (להלן - הקופות) אחראיות לספק את השירותים הרפואיים לתושבים הרשומים אצלן. הקופות מספקות שירותי אשפוז ושירותים רפואיים אמבולטוריים<sup>4</sup> לכל האוכלוסייה באופן ישיר ובאמצעות קניית שירותים מ-48 בתי חולים כלליים (להלן - בתי החולים) - 11 בתי חולים ממשלתיים (תשעה מהם ממשלתיים ושניים עירוניים - ממשלתיים), שמונה בתי חולים שבבעלות שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), 16 בתי חולים ציבוריים (כגון הדסה ושערי צדק) ו-13 בתי חולים פרטיים. כ-45% מהוצאות הקופות בשנים 2001 ו-2002 היו תשלומים בעבור שירותי אשפוז בבתי החולים<sup>5</sup>.

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

5 על פי דוחות השוואתיים על פעילות קופות החולים בשנים 2001 ו-2002.



תקציב בתי החולים הממשלתיים לשנת 2003 הסתכם בכ-5 מיליארד ש"ח, וזה של הכללית - בכ-3.5 מיליארד ש"ח.

בחדשים מרס-ספטמבר 2003 בדק משרד מבקר המדינה את מחירי השירותים הרפואיים בבתי החולים ואת הסדרי ההתחשבות שקבעה הממשלה לגבי השירותים שרוכשות הקופות מבתי החולים הממשלתיים, לרבות אופן קביעת מחירי השירות לסוגיו. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בבתי חולים ממשלתיים אחדים, בכללית ובמכבי שירותי בריאות. בדיוקת השלמה נעשו גם בקופות החולים האחרות ובמשרד האוצר.

### שיטות תגמול מקובלות במערכות בריאות - סקירה

"מערכות בריאות בעולם כולו הן מערכות מורכבות ומסובכות, המאופיינות בניטייה לצמיחה בלתי מבוקרת, ככשלי שוק<sup>6</sup> הנובעים ממאפיינים ייחודיים של מגזר הבריאות בעיקר בתחומי הידע, המידע ובשל מהותיות נושא הבריאות בחיי הציבור"<sup>7</sup>.

אופן התקצוב והתגמול של בתי החולים, כספקי שירותים רפואיים, משפיע על איכות הטיפול הרפואי ועל היקף ההוצאה הציבורית והלאומית לבריאות. שיטת תגמול נכונה עשויה להביא לשיפור היעילות ולחיסכון במערכת הבריאות ולהשפיע על יכולתם של בתי החולים לאזן את תקציביהם ולהשקיע בפיתוח הרפואה. בגלל כשלי השוק במערכת יש לכל שיטת תגמול יתרונות וחסרונות. להלן סקירה קצרה של שיטות תגמול אחדות הנהוגות כיום במערכות בריאות בעולם המערבי.

1. תגמול לפי מקרה - ספק השירות מקבל תשלום לפי השירות העיקרי שקיבל החולה ללא קשר לתשומות המדויקות שהושקעו בו. לפי שיטה זו, הקופה משלמת, למשל, לבית החולים מחיר מסוים קבוע עבור חולה שעבר צנתור ללא קשר לסיבוכים שחלו במהלך הפעולה, אם היו. יתרון השיטה הוא אי-יצירת תמריץ לבית החולים להאריך את משך האשפוז של החולה כדי לכסות את עלות התשומות שהושקעו בו, כמו שימוש בציוד רפואי יקר. חסרונה הוא שהיא עלולה ליצור תמריץ לשחרר חולים מוקדם מדי, דבר שעלול להביא לאשפוזים חוזרים.

2. תגמול לפי אבחון וקבוצות אבחון - D.R.G. - Diagnosis Related Groups - נותן השירות מקבל תשלום לפי קבוצת האבחון שבה סווג המאושפז. בכל קבוצה כלולות אבחנות שעלויות הטיפול בהן שוות בקירוב. התשלום נעשה ללא קשר לפעולות שנוקט ספק השירות ולעלותן בפועל. השיטה הונהגה בארה"ב החל משנות השמונים, ויש שם יותר מ-400 קבוצות אבחנה; כיום היא נהוגה גם במדינות אחרות. הואיל והשיטה מבוססת על קשר בין התשומות לתפוקות, היא מעודדת התייעלות. חסרונה של השיטה הוא מורכבותה, שכן יש לשקלל בתחשיב התגמול את מרכיב חומרת המחלה, דבר שהוא קשה לחישוב ולאבחון מדויק. לפי שיטה זו אפשר לסווג מחלה מסוימת בררגות חומרה שונות בקבוצות אבחון שונות. מכאן שלספק השירות עלולה להיות נטייה להחמיר את האבחנות המדווחות כדי להשיג את מרב התמורה הכספית. בגלל חסרונותיה נוספו לה במשך השנים קריטריונים של תגמול לפי סוג הפעילות הרפואית שהחולה צרך.

3. תגמול לפי מחיר ממוצע - המבטח משלם לנותן השירות מחיר אחיד לכל סוגי הפעולות, שהוא ממוצע העלויות הזולות והיקרות. החיסרון בשיטה זו הוא התמריץ למבטח לשלוח לספק

6 כשל שוק הוגדר לעניין זה (ראו הערה 7 להלן) כמצב שבו הצרכנים, הספקים או המוצרים גורמים או עשויים לגרום פעילות או תפקוד הנוגדים את כללי השוק המקובלים. המשמעות היא, למשל, שכללי ביקוש והיצע אינם פועלים במלואם בשוק זה, וההיצע משפיע על הביקוש.

7 דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (תשס"ג-2002).

השירות את החולים שהטיפול הרפואי הדרוש להם מורכב ויקר, ועלותו גדולה יותר מהעלות הממוצעת, ולטפל בעצמו, אם יש באפשרותו, בחולים שהוצאות הטיפול בהם קטנות. כך עלולות להיווצר תשתיות כפולות. יתרון שיטה זו הוא שהיא מאפשרת שליטה בהוצאה הלאומית לבריאות ופשטות של החישובים וההתחשבויות.

## המחירים בישראל

כרוב ארצות המערב וגם בארץ נהוג לשלב בין שיטות תגמול אחדות. אלה השיטות הנהוגות בישראל: 1. תגמול לפי מחיר ממוצע (מחיר יום אשפוז). 2. תגמול לפי מקרה (מחיר עבור פעילויות נבחרות). 3. שילוב של השתיים (לדוגמה: אם אדם מתאשפז לטיפול כימותרפי, ישלם המבטח בעד הכימותרפיה כתוספת למחיר יום האשפוז). נוסף על כך, לפי שיטת ה-Capping (להלן - שיטת תקרות הצריכה), שמעוגנת בחוקי ההסדרים במשק המדינה החל בשנת 1997 (להלן - חוקי ההסדרים), לכל קופה נקבעת תקרת תשלומים שתשלם בעד שירותי בריאות במחירים המלא לכל בית חולים ציבורי כללי.<sup>8</sup> (ראו להלן).

פרט למחירי שירותי אשפוז, נקבעו גם מחירים לשירות חוץ-אשפוזי (מחיר אמבולטורי), לאשפוז-יום ולטיפול בחדר המיון של בית החולים. המחיר בעד טיפול שניתן בחדר מיון הוא קבוע ולא מושפע ממשך שהיית המבטח בחדר המיון או מסוג הטיפול שקיבל. אדם שהועבר מחדר המיון לאשפוז, הקופה תשלם בעבורו מחיר יום אשפוז או מחיר לפעילות נבחרת, על פי הטיפול שניתן. המחיר לטיפול בחדר המיון כלול בקבוצת המחירים האמבולטוריים. מחיר יום אשפוז, מחירים עבור פעילויות נבחרות ומחירי שירותים אמבולטוריים נקבעים מעת לעת לפי חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק הפיקוח), וייקראו להלן - מחיר שירותי בריאות.<sup>9</sup>

המשרד מציע את המחירים לפעילויות נבחרות ואת המחירים לשירות חוץ-אשפוזי לוועדת מחירים בין-משרדית (להלן - ועדת המחירים), והמחירים טעונים אישורה. בוועדת המחירים ארבעה חברים: שני עובדי משרד שממנה מנכ"ל המשרד, ושני עובדי משרד האוצר שממנה מנכ"ל משרד האוצר (אחד מעובדי משרד האוצר הוא יושב ראש הוועדה).<sup>10</sup> מחירי יום אשפוז מבוסס על ממוצע עלויות אשפוז. שר הבריאות ושר האוצר קובעים את שיעור השינוי במחיר זה, לפי התייקרות התשומות ולאחר התייעצות עם ועדת המחירים. שיעור שינוי זה חל גם על המחירים לפעילויות נבחרות ועל המחירים לשירות חוץ-אשפוזי.

על פי נתוני המשרד, הכנסות 11 בתי החולים הממשלתיים ממכירת שירותים רפואיים מתפלגות כך: אשפוז חולים - כ-57% מההכנסות; פעילויות נבחרות (דיפרנציאליות) - כ-21% מההכנסות; שירותים אמבולטוריים - כ-16% מההכנסות; חדר מיון - כ-6% מההכנסות.

הנתונים דלעיל הם נתוני בתי החולים הממשלתיים בלבד מחמת היעדר נתונים על בתי החולים של הכללית.<sup>11</sup> בתי החולים של הכללית נותנים שירותים הן למבוטחייהן הן למבוטחי קופות אחרות וגם לאחרים. כ-73% מהשירותים בבתי החולים של הכללית ניתנים למבוטחייהן.

8 ראו לעיל הערת שוליים מס' 3.

9 ההגדרה לקוחה מחוקי ההסדרים.

10 על ועדת המחירים ראו דוח שנתי 50 שב של מבקר המדינה (2000), עמ' 122.

11 על פי הצעה לתקן חשבונאות מספר 18 של המוסד הישראלי לתקינה בחשבונאות מספטמבר 2003 (טרם אושר) בעניין דיווח כספי של קופות החולים, החל מ-1 בינואר 2005 ידווחו הקופות בדוחותיהן הכספיים על בתי חולים כעל אחד ממגזרי פעילותן, בהתאם לתקן חשבונאות מספר 11. על פי הצעה, הפרדת נתוני בתי החולים תאפשר השוואה בין תפקוד בתי החולים של הקופות ובין תפקוד בתי חולים אחרים ותאפשר גיבוש מדיניות ביחס לאלה.

ההתחשבות של הכללית עם בתי החולים הממשלתיים אינה זהה להתחשבות שלה עם בתי החולים שלה - זיכוי וחיוב של קופות אחרות ושל אחרים נעשים לפי הכללים שהממשלה קובעת (מחירון המשרד ותקרות צריכה) ולפי הסכמים שנחתמים בין הקופות ובין בתי החולים של הכללית. לעומת זאת, ההתחשבות בין בתי החולים של הכללית ובין מחוזותיה בגין מתן שירות למבוטחי שונה, והיא נעשית לפי החלטה של הכללית. התחשבות זו לא נבדקה במסגרת הבדיקה הנוכחית.

### מחיר יום אשפוז ועדכון

כאמור, מחיר יום אשפוז מבוסס על ממוצע של עלויות האשפוז במחלקות השונות, והוא מתעדכן מדי פעם בפעם. מחיר זה אינו מביא בחשבון את מצבו של המאושפז ואת התשומות שהושקעו בטיפול בו. עלויות האשפוז במחלקות בבתי החולים שונות מאד זו מזו, בעיקר בגלל הבדלים בין המחלקות באלה: עלויות השימוש באמצעים טכנולוגיים הנגזרות ממידת השימוש בהם; הצוות הרפואי והסיעודי, שתקניו נקבעים לפי סוג המחלקה ומספר המיטות בה, ושכרו של הצוות; פעולות כירורגיות. כמו כן משפיעה על העלות חומרת המחלה של החולה ללא קשר למחלקה שהוא מאושפז בה.

לדוגמה: מחיר יום אשפוז היה בשנת 2002 כ-1,600 ש"ח ליום. לפי נתונים<sup>12</sup> שמסרו שלושה בתי חולים ממשלתיים למשרד מבקר המדינה, עלות יום אשפוז במחלקת טיפול נמרץ לב גבוהה בהרבה: 3,900 - 6,100 ש"ח. לעומת זאת, עלות אשפוז ממוצעת במחלקה פנימית היא רק 1,200 - 1,500 ש"ח; עלות האשפוז במחלקת עור נמוכה אף יותר - כ-950 ש"ח. לפי נתונים שמסרה הכללית למשרד מבקר המדינה, עלות יום אשפוז במחלקה פנימית בבתי החולים שלה נמוכה מזו של בתי החולים הממשלתיים והיא 880 - 960 ש"ח. במחלקות מסוימות עלות האשפוז יקרה אפוא בערך עד פי ארבעה ממחיר יום האשפוז הממוצע, ובמחלקות אחרות עלות האשפוז נמוכה מהמחיר הממוצע.

למחיר אחד של יום אשפוז יש חסרונות אחדים:

1. הוא עלול ליצור תמריץ לבית החולים להאריך את תקופת האשפוז של החולה. במחלקות רבות יורדת העלות השולית של בית החולים לאחר שלושה-ארבעה ימי אשפוז, והיא הופכת להיות בעיקרה עלות "מלונאית" (לינה והסעדה בעיקר). במקרה זה מחיר יום אשפוז שמקבל בית החולים גבוה מהעלות של יום אשפוז, ועלול לתמרץ הארכת משך האשפוז בכל המחלקות.
2. הוא עלול ליצור תמריץ לבית החולים להעדיף הקמה או פיתוח של מחלקות אשר עלות האשפוז בהן זולה מהתקבול עבור יום אשפוז על פני מחלקות שעלות האשפוז בהן גבוהה באופן ניכר ממנו. התוצאה בטווח הארוך עלולה להיות גידול ההיצע של מיטות במחלקות שעלות האשפוז בהן נמוכה (סוג א') והקטנת ההיצע של מיטות במחלקות שעלות האשפוז בהן גבוהה (סוג ב'). כתוצאה מכך קיים חשש שבטווח הארוך ייווצר עודף היצע של מיטות במחלקות מסוג א' ועודף ביקוש ומחסור במיטות במחלקות סוג ב', דבר שיגרום מחד גיסא, לבזבוז משאבים, ומאידך גיסא, למחסור בקיבולת אשפוז.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבדוק ולעקוב אם ובאיזו מידה משפיעה שיטת מחיר זו על התנהלותם של בתי החולים. ראוי שהמשרד ומשרד האוצר ישקלו, בהתאם לממצאים, את הצורך לשפר את שיטת המחיר האחיד הממוצע ליום האשפוז או לשפר כלים משלימים לה כגון שיטת תקרות הצריכה.

12 נתונים אלו הופקו ממערכות ממוחשבות שהוטמעו בשנת 2003 באותם בתי חולים ועדיין אינם מדויקים לגמרי (מידת דיוקם כ-70%-80%).

**מחיר יום אשפוז ומחלקות לטיפול נמרץ :**

ביולי 2001 פרסם המשרד סקר על חולים שמחלותיהם קשות, שעשה בחמישה בתי חולים<sup>13</sup>. ממצאי הסקר מלמדים, בין היתר, כי חלק ניכר מהחולים שנמצאו מתאימים לקריטריונים לאשפוז ביחידות של טיפול נמרץ כללי לא אושפזו ביחידות אלו: מ-5.5% של החולים שמחלותיהם קשות, שנמצאו מתאימים לקריטריונים של אשפוז ביחידות לטיפול נמרץ כללי, רק 1.4% התקבלו למחלקות הללו; עוד 1.3% התקבלו לטיפול נמרץ אחר (קטגוריה שכוללת מחלקות מסוגים שונים כגון התאוששות, טיפול נמרץ לב ומיטות מתוגברות במחלקות בתי החולים). שאר החולים טופלו במחלקות רגילות של בית החולים.

הסקר הראה ששיעור ההישרדות של חולים שאושפזו ביום ההידרדרות (היום בו הידרדר החולה למצב של "חולה קשה") ביחידות לטיפול נמרץ כללי היה גבוה יותר. ההבדל העיקרי בין הישרדות החולים שאושפזו במחלקות לטיפול נמרץ כללי להישרדות חולים שאושפזו במחלקות הרגילות היה בשלושה-ארבעה ימים ראשונים לאחר ההידרדרות. לאחר מספר ימים ועד 30 יום לא היה הבדל בהישרדות החולים. בעת סיום הביקורת עסק המשרד בעיבודו של סקר היארעות (incidence) בהשלמה לסקר החולים הנ"ל, שהוא סקר הימצאות (prevalence)<sup>14</sup>; הסקר החדש נועד לבחון אם אמנם הבדלי ההישרדות בין חולים המאושפזים בטיפול נמרץ לחולים המאושפזים במחלקות, הם רק בימים הראשונים.

מהנתונים שעולים מהסקר על האשפוז ביחידות לטיפול נמרץ (14 ימי אשפוז בממוצע, ואף 30 ימי אשפוז ויותר של חולים רבים), מתברר שאין די מיטות טיפול נמרץ לכל החולים הזקוקים לכך. יחד עם זאת הסיקו עורכי הסקר כי ניתן להפחית את מספר ימי האשפוז לחלק מהחולים ללא פגיעה בתוצאות הטיפול בהם.

יצוין כי ההוצאה העיקרית של בתי החולים בהפעלת מיטת טיפול נמרץ היא הוצאה על שכר. כוח האדם הדרוש למיטה כזו גדול מזה הדרוש למיטה במחלקות אחרות, ותקן כוח האדם במחלקה נקבע על פי מספר המיטות בה. כמו כן, גם ההוצאות התפעוליות במחלקה זו (עלות תרופות, ציוד רפואי מתכלה, צילומים וביקורת) גבוהות ביחס למחלקות אחרות.

כבר בשנת 1996, בדוח שנתי 46, עמ' 204, ציין משרד מבקר המדינה כי עלות יום אשפוז במיטת טיפול נמרץ גבוהה בהרבה מעלות יום אשפוז במיטות האחרות בבתי החולים בשל מספר העובדים והמכשירים הנחוצים לטיפול בחולה. מאחר שכל יום אשפוז ביחידת טיפול נמרץ כרוך בהפסד כספי ניכר לבית החולים, אין להנהלות בתי החולים מניע כלכלי לפיתוח היחידות הללו. בדוח הובאה המלצה לשקול דרכים לצמצום הפער בין עלות ההפעלה של המיטות לתשלום תמורת האשפוז ביחידה לטיפול נמרץ.

בשנת 1998 הציע המשרד לקבוע מחיר דיפרנציאלי לאשפוז ביחידת טיפול נמרץ, אך ההצעה לא יושמה עקב התנגדות הקופות וחששן מהתנהגות בתי החולים לאחר העלאת המחיר<sup>15</sup>.

מאז הנושא לא טופל. רק במהלך הביקורת הנוכחית, במאי 2003, פנה המשרד, בעקבות הסקר האמור, אל בתי החולים והודיע להם על חישוב מחודש של תעריפי יום אשפוז במחלקות לטיפול נמרץ. המשרד הנחה את האחראים לתקציבים בבתי החולים להעביר לו נתונים המשפיעים על

13 המחלקה לחקר שירותי רפואה, משרד הבריאות, סקר חולים קשים בישראל, דוח מחקר מס' 1 (יולי 2001).  
 14 שיעור הימצאות - אחוז החולים באוכלוסייה בנקודת זמן מסוימת. שיעור היארעות - אחוז החולים החדשים במחלה המאובחנים ביחידת זמן באוכלוסייה בסיכון בתקופת זמן מסוימת.  
 15 ראו דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 125.

עלויות האשפוז: כוח אדם לפי הסכמי תקינה ונתוני שכר, ציוד קבוע, הוצאות משתנות וקניית שירותים, מספר החולים, משך אשפוז ותקורות בית החולים.

במועד סיום הביקורת (ספטמבר 2003) המשרד ומשרד האוצר טרם הסכימו על דרכי הפעולה לפתרון הבעיה, וממילא טרם נקבע כל שינוי במחיר אשפוז במחלקה לטיפול נמרץ, שעשוי להיות מרכיב בפתרון.

#### עדכון המחיר של יום אשפוז:

כאמור, לפי חוק הפיקוח, רשאים שר האוצר ושר הבריאות לקבוע בצו את שיעור השינוי של מחיר יום אשפוז ושל מחירי יתר השירותים, לאחר התייעצות עם ועדת המחירים. שני הרכיבים העיקריים שלפיהם נקבע ומתעדכן מחיר יום האשפוז הם הוצאות שכר ונלוות, כולל הפרשות פנסיוניות (כ-75% משיעור עדכון המחיר) והוצאות על קניות (כ-25% משיעור עדכון המחיר). עדכון המחיר נעשה לאחר שוועדת המחירים מקיימת שימוע לנציגי בתי החולים ולנציגי הקופות ולאחר משא ומתן בין המשרד ובין משרד האוצר.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי זה זמן רב אין נציגיו ונציגי משרד האוצר בוועדת המחירים מסכימים על מרכיבי מחיר יום האשפוז ועל מקדמי העדכון הרלוונטיים. כך, לדוגמה, משרד האוצר אינו מסכים להתחשב בהתייקרות סל המטבעות למרות שכמחצית הוצאות הקניות של בתי החולים צמודה למטבע חוץ. מנהל המרכז הרפואי רמב"ם מסר למשרד מבקר המדינה, כי גם אין התייחסות לעלויות הנוספות של שירותי הבריאות בגין הזדקנות האוכלוסייה ושינויים טכנולוגיים, אשר מייקרים את התשומות בבתי החולים.

משרד האוצר מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה בינואר 2004, כי המשרד לא העלה טענה זו עד לשנת 2003, שבה מדד המחירים לצרכן היה בירידה, ואילו מחירי מטבע החוץ היו בנסיקה, ואין זה ראוי לבקש שינוי דווקא בשנה במדד המחירים לצרכן. והצמדה זו קושרת את שיעור העדכון של מחירי האשפוז להתפתחויות במשק הישראלי ומונעת העלאה גדולה של מחירי האשפוז דווקא בשנה שבה הפעילות במשק מצטמצמת. בעניין הטענה על שינויים טכנולוגיים או על הצורך בפיצוי בגין הזדקנות האוכלוסייה השיב משרד האוצר כי בעדכון מחירי יום האשפוז נכללת תוספת ריאלית בסכום המשקף שיעור של 2% מעלות תוספת התרופות שניתנה לסל שירותי הבריאות בגין תרופות שיצרכו בבתי החולים, "אשר לא ניתן להם מחיר פעולה מיוחד". כמו כן לטכנולוגיות חדשניות רבות ניתן מחיר דיפרנציאלי מיוחד, כך שהן מתומחרות בנפרד וניתנת בגינן תמורה. ריבוי הוצאות לטיפול רפואי בשל הזדקנות האוכלוסייה מגדיל את הכנסות בתי החולים ללא קשר למחירי השירותים. כמו כן, בשנת 2003 הוגדל מחיר יום אשפוז בסכום המשקף חלק מעלות תוספת תקינת כוח אדם סיעודי בבתי החולים.

לנוכח האמור לעיל, על המשרד ומשרד האוצר להגיע למחיר בסיסי מוסכם של יום אשפוז ולבחון את מנגנון עדכון מחירו.

#### מחירי פעילויות נבחרות - מחירים דיפרנציאליים ועדכונים

1. בסוף שנות השמונים של המאה ה-20 עם ההתפתחות הטכנולוגית בביצוע פעולות רפואיות מסוימות, פחתו ימי האשפוז הדרושים למתן הטיפול, אך עלות יום האשפוז גדלה. כיוון שהתשלום עבור יום אשפוז אחיד ואינו מותאם לעלות שנובעת מהשימוש בטכנולוגיה החדשה, התמריץ של

בתי החולים לספק את השירותים עתירי הטכנולוגיה פחת, ובבתי החולים נוצרו תורים ארוכים של ממתנים לניתוחים.

מסיבה זו החל המשרד לקבוע שיטת תגמול שונה - תגמול לפי מקרה - מתחילת שנות התשעים. נקבעו מחירים דיפרנציאליים לקבוצת פעילויות נבחרות, שחלקן נעשות במהלך אשפוז, וחלקן - באשפוז יום. בשנת 1999 היה מספר הפעולות הנבחרות 26, ובעת סיום הביקורת, ספטמבר 2003, היה מספרן 46. המשרד מחשב את המחירים האלו בדרך כלל לפי ממוצע עלויות של בתי חולים אחדים. לדברי המשרד, לעתים מחירים מסוימים גבוהים מהעלות כדי לעודד את עשיית הפעולה, ומחירים אחרים נמוכים מהעלות כדי להקטין את התמריץ לבצעה. מכאן שמחירי הפעולות משמשים לעתים גם לוויסות מספרן.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד, שאם החליט להציע מחיר שונה מממוצע העלויות הכרוכות בביצוע הפעולה, עליו ליידע את ועדת המחירים, את בתי החולים ואת הקופות, כדי שיוכלו להביע את עמדתם בעניין לפני אישור המחיר.

בקבוצת הפעילויות הנבחרות כלולות אלה: ניתוח שבר (הרנייה), ניתוחי לב, ניתוחי גב, ניתוחי קרנית, צנתורים, השתלות. שיטת תשלום זו מתגמלת את בית החולים במחיר קבוע בעבור הפעולה שבוצעה. יתרון השיטה הוא מחיר ריאלי שמבוסס על קשר בין התשומות לתפוקות, ותמריץ כלכלי לעשות את הפעולה הרפואית, אף אם היא כוללת אשפוז של ימים אחדים ושימוש בטכנולוגיות ובציוד רפואי יקרים. השיטה מעודדת את בית החולים לשחרר את החולה מיד כאשר מצבו מאפשר זאת, וכך לנצל טוב יותר את משאבי מערכת האשפוז. שיטת תגמול זו, התפתחות הרפואה ושיפורים טכנולוגיים הביאו עם השנים להפחתת ימי אשפוז.

עם זאת, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי באשפוז שנעשות בו כמה פעולות דיפרנציאליות, בית החולים יקבל תשלום רק עבור הפעולה שעלותה הגבוהה ביותר. דוגמאות בולטות במיוחד הם צנתורי לב ומפוי כלי דם (אנגיו) שבהם נעשית פעולה אבחונית ואחריה - פעולה טיפולית. בתי החולים אינם מתוגמלים בעד הפעולה האבחונית, שגם היא פעולה פולשנית עתירת טכנולוגיה וציוד רפואי יקר. לדבריו, צורת התחשבות זו גם עלולה לתמרץ את בתי החולים להפריד את הפעולות ולעשותן באשפוזים שונים, והחולים ייפגעו.

2. העדכון של מחיר הפעילויות הנבחרות נעשה כיום על פי שיעור עדכון מחיר יום אשפוז; אך מחיר יום אשפוז אינו יכול להיות בסיס עדכון ראוי לצורך כך, משום שהפעולות הדיפרנציאליות הן עתירות טכנולוגיה, ואילו המרכיב העיקרי בעדכון מחיר יום אשפוז הוא שכר עבודה; שיעור השינוי של התשומות לאלה שונה.

מן הראוי שהמשרד יבנה מנגנון לעדכון תעריפי הפעולות הדיפרנציאליות אחת לכמה זמן; בתהליך זה יש להביא בחשבון את מרכיבי העלות השונים ולשקללם.

### מחירי שירותים רפואיים אמבולטוריים ועדכונים

כאמור, ניתנים שירותים אמבולטוריים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים<sup>16</sup>, בידי בתי החולים ותאגידי הבריאות שליידם<sup>17</sup> (המהווים ביחד מרכז רפואי ממשלתי). בעקבות חידושים טכנולוגיים בתחומי האבחון, המעקב והטיפול הרפואי הניתן לחולים יש בשנים האחרונות מגמה מואצת לתת באופן אמבולטורי בבתי החולים ובמרפאות בקהילה שירותים שניתנו קודם לכן באשפוז. המגמה להעדיף שירותים אמבולטוריים בקהילה רווחת גם במדינות אחרות<sup>18</sup>. כיום ניתנים בארץ יותר מאלף שירותים אמבולטוריים המפורטים במחירון המשרד. המשרד מציע מחיר לשירות אמבולטורי בדרך כלל כתגובה לבקשה של בית החולים הנותן אותו, ולפעמים - כתגובה לבקשתה של קופה.

1. הבדיקה העלתה, כי מחירון המשרד לשירותים אמבולטוריים כלל תעריפים אשר נקבעו לפני שנים רבות, ומאז עלו אלה לרוב רק בשיעורי העדכון של מחיר יום האשפוז. קיים פער ניכר בין מחיריהם במחירון המשרד, בין עלויותיהם האמיתיות לבתי החולים הממשלתיים ובין מחיריהם בשוק או עלות ביצועם באמצעות הקופות. להלן דוגמאות: בינואר 2003 היה התעריף לבדיקת סורק ממוחשב (C.T.) במחירון המשרד כ-1,200 ש"ח; לעומת זאת, הקופות רוכשות בדיקה זו במכונים פרטיים בעלות של 300-400 ש"ח. מחיר המשרד לטיפול דיאליזה לחולה (המודיאליזה) הוא 1,388 ש"ח; המחיר לדיאליזה בשוק הפרטי, לעומת זאת, הוא כ-750-800 ש"ח. מחיר המשרד לביקור אצל רופא במרפאות החוץ הוא 185 ש"ח, ואילו הקופות מעסיקות את הרופאים במרפאותיהן בתנאי שכר אחרים, ובדרך כלל עלות העסקתם לקופות נמוכה יותר. מחיר ספירת דם במחירון המשרד הוא כ-100 ש"ח, אך העלות האמיתית של הבדיקה לבית החולים היא שקלים ספורים.

כאמור, מחירי שירותי הבריאות הם מחירים מרביים. לעתים רוכשות הקופות מבתי החולים שירותים אמבולטוריים לפי מחירון המשרד, ולעתים - במחיר נמוך ממחיר המשרד, שנקבע בהסכמים בין בתי החולים והקופות שנחתמו החל בשנת 2000. הדבר תלוי במיקום בית החולים (מרכז או פריפריה) ובתחרות מצד ספקים פרטיים בסביבתו.

2. גם מחיריהם של השירותים האמבולטוריים הם מחירים ממוצעים לכל שירות, כלומר בית החולים מקבל מחיר אחיד עבור פעולות זולות ועבור פעולות יקרות שנעשות במסגרת אותו שירות. כאמור, החיסרון העיקרי בשיטה זו הוא הפנית החולים במחלות קשות לבתי החולים וטיפול בחולים שמחלותיהם קלות יותר, מחוץ לבתי החולים. מחיר של שירות הגבוה באופן ניכר מעלותו מעודד כניסה של יזמים חדשים לאותו תחום; אלה מציעים אותם השירותים לקופות במחירים זולים ממחירי המשרד. הקופות עצמן פתחו מרכזים רפואיים לאספקת אותם שירותים, משום שלטענתן, עלות אספקתם בידיהן נמוכה ממחירי המשרד. מצב זה יוצר כפל תשתיות ובזבוז משאבים לאומיים, שכן היצע גדול של מרכזים רפואיים עשוי לעודד שימוש יתר בשירותים רפואיים, עלול לגרום לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות וליצור עודף כושר ייצור.

להלן יובאו דוגמאות אחדות לתשתיות שהוקמו לאספקת שירותים רפואיים שניתנים גם בבתי החולים:

16 המושג "רפואה אמבולטורית" חל על שתי הרמות הראשונות של השירותים הרפואיים (רופאים ראשוניים ורופאים מומחים).

17 זו הגדרת תאגיד בריאות בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985: "עמותה, אגודה שיתופית, חברה, או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או אגב שימוש במתקניו". תאגיד בריאות יפעל לפי כללים שנקבעו בתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2001.

18 דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (תשס"ג-2002).

(א) מכונים רפואיים של דימות<sup>19</sup>, גסטרו, פיזיותרפיה, קרדילוגיה ועוד.

(ב) מרפאות דיאליזה: טיפולי דיאליזה ניתנים במרפאות שחלקן כבעלות חלקית עקיפה של הקופות, ואחרות כבעלות פרטית. בדרך כלל ניתנים טיפולי דיאליזה במכונים הפרטיים לחולים שהרופאים הגדירו אותם "יותר יציבים"<sup>20</sup>. כאמור, מחירי הדיאליזה במרפאות נמוכים באופן ניכר ממחירה במחירון המשרד.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי הקופות אמנם מצליחות לקנות טיפולי דיאליזה במכונים פרטיים במחירים נמוכים מתעריפי המשרד, אולם אלה מסרבים לקבל לטיפול חולים במצב מסוכן, חולים הסובלים מתחלואה כפולה וחולים המטופלים בדיאליזה זמן ממושך. חולים אלו, שמחיר הטיפול בהם יקר ממחיר טיפול הדיאליזה הממוצע, מופנים לבתי החולים, וכך יוצא שבתי החולים מטפלים לעתים בחולים שעלות הטיפול בהם גבוהה מתעריפי המשרד.

**לדעת משרד מבקר המדינה, תשובת המשרד מחזקת את הצורך לבחון מחדש את התעריפים האמבולטוריים ולבדוק אם אלה מתגמלים את בתי החולים בהתאם לעלויותיהם.**

(ג) מרפאות מומחים: במרפאות החוץ של בתי החולים עובדים רופאים מומחים בתחומים שונים. רופאים אלו מועסקים במחלקות בתי החולים וגם במרפאות החוץ. גם לקופות יש מומחים משלהן. למשל, בראשון לציון יש ארבעה מרכזים לבריאות האישה, אחד לכל קופה. כמו כן יש מרכזים לבריאות הילד, מרפאות לניתוחים זעירים, מרפאות לטיפולי עיניים ועוד<sup>21</sup>. פרט לרופאים, מאיישים את המרפאות אחיות, עובדים פרה-רפואיים ועובדי מנהלה.

(ד) מעבדות: במעבדות בתי החולים נעשות בדיקות למאושפזים בהם וכן לחולים הפונים למרפאות החוץ. גם לכל אחת מהקופות יש מעבדות. למכבי שירותי בריאות, למשל, יש מעבדה מרכזית ברחובות ומעבדה בצפון הארץ, לקופת חולים מאוחדת יש ארבע מעבדות ארציות, וגם לכליית יש מעבדות משלה. לא בכל המעבדות בבתי החולים מנוצל מלוא הפוטנציאל. למשל, המרכז הרפואי הדסה הציע למחוזות הקופות באזור ירושלים לספק להן את כל שירותי המעבדה, אך הקופות סרבו. ריבוי המעבדות יצר עודף כושר ייצור במשק.

3. הגידול בפעילות הרפואית בקהילה גורם לעתים לירידה בפעילות האמבולטורית בבתי החולים, כשם שהגידול בפעילות האמבולטורית גורם לעתים לירידה באשפוז בבתי החולים. אולם צמצום פעילות של מחלקה בבית חולים או סגירתה עלול לפגוע בהכרה של המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) במחלקה כמחלקה להתמחות. לדוגמה, טיפולי עיניים רבים ניתנים כיום במסגרת הקהילה. במחלקות העיניים בבתי חולים אחדים ירד מאוד שיעור התפוסה הממוצע והגיע לכ-57%, אולם בית חולים לא יצמצם את מספר המיטות, כיוון שעל פי כללי הר"י, המינימום הנדרש להכרה בהתמחות במחלקת עיניים הוא 12 מיטות. מכאן שצמצום הפעילות האמבולטורית בבתי החולים אינו מביא להקטנת הוצאותיהם.

19 ראו לעיל הערת שוליים מס' 2.  
 20 על מערך שירותי הדיאליזה בישראל ראו דוח שנתי 47 של מבקר המדינה (1997), עמ' 225.  
 21 על כפל שירותי בריאות ראו דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 124, ודוח שנתי 52 של מבקר המדינה (2002), עמ' 612.



הנה כי כן, במקביל למרפאות חוץ שנותנות שירותים אמבולטוריים באמצעות רופאי בתי החולים, הוקמו מרפאות מומחים, מכוני בדיקות, מכוני דימות, מכוני דיאליזה ומעבדות. במקרים רבים כוח האדם המאייש את המרפאות שמחוץ לבתי החולים הוא אותו כוח אדם המועסק בבתי החולים. אמנם חלק מהכפילות בתשתיות בלתי נמנעת, משום שבתי החולים מחויבים לקיים שירותים מסוימים לטובת המאושפזים, וגם המבטחים מעוניינים לקיים שירותים נגישים וזמינים בקהילה. אולם כאשר תהליך היווצרות התשתיות אינו מתואם ונעשה, בין היתר, משיקולי עלות וללא בדיקת צורכי הבריאות הלאומיים, נוצר לעתים כפל תשתיות שהוביל לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות או יצר עודף כושר ייצור.

לדעת משרד מבקר המדינה, אף שאין מניעה כי פעולות שאפשר לעשותן בקהילה ייעשו גם במסגרת בית החולים ולהיפך, מן הראוי שהמשרד יבחן את היקף התשתיות הקיימות והנדרשות לשם השגת יעילות בהקצאת המשאבים.

4. במאי 2001 מינה מנכ"ל המשרד דאז ועדה לקביעת עקרונות לתמחור שירותים הניתנים ע"י בתי החולים (להלן - הוועדה)<sup>22</sup>. הוועדה התבקשה להגיש את המלצותיה למנכ"ל המשרד עד 1.8.01. ועדת משנה של ועדה זו ציינה, כי המחירים האמבולטוריים כוללים מרכיבי עלות שמקורם באשפוז (תורנויות וכוננויות בעיקר). לדעת ועדת המשנה יש לכלול עלויות אלה במחירי האשפוז ולהוזיל את מחירי השירותים האמבולטוריים בהתאמה. הוועדה המליצה באפריל 2002 לתמחר מחדש את השירותים האמבולטוריים. באוקטובר אותה שנה המליצה הוועדה שהתמחור ייעשה בידי גורם חיצוני. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, כשנה לאחר מכן, המשרד הכין רק טיוטה למכרז לקבלת שירותי תמחור.

יצוין כי באפריל 2003 המליצה הוועדה לבחון את שיטת ה-D.R.G האוסטרלית (ראו לעיל בפרק "שיטות תגמול מקובלות במערכות בריאות - סקירה") כשיטת התחשבות עיקרית בין בתי חולים לקופות ולהתחיל בתכנית חלוץ (פיילוט) לבחינת שיטה זו בארבעה בתי חולים. עד מועד סיום הביקורת הותקנה תוכנת המחשב של התכנית בארבעת בתי החולים שנבחרו לתכנית החלוץ. להערכת המשרד הביקורת תאריך כשנה וחצי, ואז יחליטו אם להחיל את השיטה בארץ.

מכאן שלמעשה, עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, יושרו רק חלק מהמלצות הוועדה. התוצאה היא אי-עדכון המחירים והעדר תמחור נאות של פעולות רפואיות, היוצרים מציאות ארגונית-כלכלית שלאחר מכן יקשה מאד לשנותה.

5. גם עדכון התעריפים של כל אחד מהשירותים האמבולטוריים, כמו עדכון התעריפים הדיפרנציאליים, לא נעשה לפי שינוי העלויות בפועל (שינויים במחירי הטכנולוגיות המעורבות במתן השירותים או אחרים), אלא לפי שיעור העדכון של מחיר יום האשפוז, שמרכיב ניכר בהתייקרותו הוא השינוי בשכר, כאמור. שיעורי השינוי במחירי הטכנולוגיות או בעלויות ייצורם של שירותים אלה שונה משיעור השינוי בשכר.

לנוכח האמור לעיל, מן הראוי שהמשרד יבנה מנגנון לעדכון המחירים אחת לכמה זמן.

22 על ניסיון קודם של המשרד, שלא צלח, לערוך שינויים במחיר שירותי הבריאות בבתי החולים ראו דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 125.

## מערכת תמחיר במשרד ובבתי החולים

בתי החולים הם מערכת רפואית-כלכלית גדולה מאד שבה נעשות אלפי פעולות שונות כמו ניתוחים, בדיקות (בדיקות רופא, בדיקות מעבדה), אשפוזים במחלקות שונות, צילומים והדמיות. אחד האמצעים הניהוליים בכל מערכת כלכלית הוא מערכת תמחיר, אשר מאפשרת לדעת בכירור את עלויות המוצרים והשירותים ולעשות הפרדה בין העלויות לסוגיהן: ישירות, עקיפות, קבועות ומשתנות<sup>23</sup>; כמו כן היא מאפשרת לקשור בין העלויות של מוצרים ושירותים רפואיים לסוגיהן ובין ההכנסות ועוד.

אלה היתרונות העיקריים של מערכת תמחיר שבאמצעותה ניתן לעמוד על העלויות להפעלת השירותים הרפואיים: למשרד - בסיס ראוי לתקצוב ריאלי של בתי החולים; הערכת רמת הביצוע בכל בית חולים, והשוואתה לבתי חולים אחרים; השוואת עלויות של פעולות זהות בבתי חולים שונים; סיוע בקביעת המחיר שיגבו בתי החולים מהקופות. לבתי החולים - עריכת תחשיבים כלכליים של עלות השירותים הרפואיים ובחינת מידת היעילות הכלכלית שלהם. מערכת כזו חשובה גם למשרד האוצר כרשות מפקחת ולמשתמשים העיקריים - הקופות.

### תנאים מוקדמים להקמת מערכת תמחיר

תנאי להתקנת מערכת תמחיר בבית חולים הוא ניהול ממוחשב של נתוניו. לדברי בכירים במשרד, רק לאחר הכנסה לשימוש מלא של מערכות ממוחשבות מסוימות אפשר להתקין את מערכת התמחיר. אלה המערכות שהפעלתן המוקדמת חיונית:

1. ניהול חולים: מחשוב השערים הראשיים לקבלת החולים - קבלה לאשפוז, לחדרי מיון ולמרפאות חוץ. מתחילת שנת 2003 מוטמעת בחלק מבתי החולים הממשלתיים מערכת "נמר"<sup>24</sup>, אשר אמורה לעזור בניהול מערכת ניהול החולים.
2. ניהול משאבי אנוש: ההוצאה העיקרית של בתי החולים הממשלתיים היא בגין שכר העבודה, שהוא כ-70% מתקציבם. בשום בית חולים ממשלתי כללי או עירוני-ממשלתי אין מערכת פנימית לניהול משאבי האנוש; המערכות מתנהלות מחוץ לבתי החולים: בבתי החולים הממשלתיים - בנציבות שירות המדינה; בבתי החולים העירוניים-ממשלתיים - בבית חולים סוראסקי - בעיריית תל-אביב; בבית חולים בני ציון - במרכז השלטון המקומי.
3. ניהול לוגיסטי: קניות והזמנות מספקים. המערכות הלוגיסטיות של בתי החולים אינן אחידות - ב-11 בתי החולים הממשלתיים קיימות חמש מערכות שונות.
4. מערכת פיננסית: מערכת לניהול התנועות הכספיות בבתי החולים - תשלומים שונים (שכר, העברות למשרד, רכישות ועוד), התחשבנויות עם לקוחות (בעיקר הקופות), התחשבנויות עם ספקים ועוד. מערכת חדישה מותקנת בכל בתי החולים הממשלתיים, והמשרד מחובר אליהם.

23 עלויות ישירות - עלויות שניתן לזהותן עם יחידה תמחירית (לדוגמה: חומרים ישירים, עבודה ישירה, קבלני משנה); עלויות עקיפות - עלויות שלא ניתן או לא כדאי לזהותן עם יחידה תמחירית (לדוגמה: חומרי עזר, עבודה בלתי ישירה, הוצאות כלליות); עלויות קבועות - עלויות שאינן משתנות לפי תפוקות (לדוגמה: הוצאות שכר מסוימות, אחזקת מבנה); עלויות משתנות - עלויות שגובהן משתנה עם הגידול בפעילות (לדוגמה: הוצאות שכר מסוימות, רכישת ציוד, רכישת חומרים).

24 מערכת ממוחשבת לניהול מרכז רפואי, הכוללת קבלה לאשפוז, למיון ולמרפאות חוץ, למעבדות, למכוני הדמיה, לחדרי ניתוח ולחדרי לידה.

5. מערכת לתפעול "רצפת הייצור" (מעבדות, מכונים, חדרי לידה, חדרי ניתוח): לא בכל בתי החולים מותקנת מערכת כזו. בשנת 2003 הוטמעה מערכת ה"נמר" בחמישה בתי חולים ממשלתיים.

הנתונים שהובאו לעיל מלמדים, כי רוב המערכות הבסיסיות הנחוצות לתפעול יעיל של בתי החולים, אשר קיומן ופועלתן התקינה חיוניים להטמעת מערכת תמחיר, עדיין אינן פועלות בהם כראוי.

### מערכת תמחיר בבתי החולים - תמונת מצב

מעבודת תשובות בתי החולים לשאלון של משרד מבקר המדינה עלה, כי ברוב בתי החולים הממשלתיים אין מערכת תמחיר ממוחשבת. בבית חולים רמב"ם משולבת מערכת תמחיר שפותחה בתוך בית החולים; בתי החולים שיבא, אסף הרופא, הלל יפה ופורייה רכשו מערכת ממוחשבת אשר מוזנת בנתונים ממערכות אחרות בבית החולים ומסוגלת להפיק דוחות תקציביים ודוחות על עלויות שונות לפי מחלקות, אולם היא אינה מערכת תמחיר לשירותים הרפואיים; מערכת זו הייתה בסוף שנת 2003 בשלבי הטמעה בבתי חולים אלו. בשאר בתי החולים אין מערכת תמחיר ממוחשבת, ובדיקת עלויות של פעולות רפואיות והשוואת עלויות מחלקתיות נעשות בדרך כלל באמצעות גיליונות אלקטרוניים ולא בכלי תמחור מודרניים. גם בבתי החולים של הכללית אין מערכת תמחיר ממוחשבת.

כבר ביוני 1996 סיכמו החשב הכללי דאז במשרד האוצר ומנכ"ל המשרד דאז כי תיבחר מערכת כספית חדשה שתותקן בכל בתי החולים; המערכת תאפשר הכנת תקציבים מחלקתיים (היא תמייין את ההוצאות וההכנסות על בסיס מחלקתי או על בסיס מרכזי רווח<sup>25</sup>), ומאוחר יותר תאפשר לעשות תמחיר מחלקתי. כן סוכם שהמערכות התפעוליות, הלוגיסטיות ושאר המערכות הרלוונטיות יקושרו באמצעות מישקים למערכת הכספית, ואלו יבטיחו את יעילות התהליכים התפעוליים ורישומים חשבונאיים נאותים. באותו סיכום התחייב המשרד להפעיל בצורה מיטבית מערכת תמחיר לשירותים ולמוצרים עד 31.12.99.

בסוף שנת 1996 הכניס המשרד לבתי החולים הממשלתיים מערכת מחשב שהייתה אמורה להיות בסיס למערכת תמחיר, אולם המערכת לא הייתה נוחה לשימוש, לא ענתה על הדרישות ממנה, ולמעשה כמעט לא השתמשו בה.

על היעדר מערכת תמחיר העיר מבקר המדינה כבר בשנת 2000<sup>26</sup>. מבקר המדינה ציין, כי תכנית התייעלות בבתי חולים אמורה להתבסס על מערכת תמחיר שמספקת נתונים על העלויות במחלקות השונות, אולם בהיעדרה בבתי החולים הממשלתיים לא ניתן להכין תכנית התייעלות אפקטיבית. עוד נאמר בדוח, כי נוסף על הסבסוד הצולב בתוך בתי החולים (בין מחלקות שונות ובין סוגי שירותים שונים) יש סבסוד צולב גם בין בתי החולים הממשלתיים - בתי חולים עם עודפי הכנסות מסבסדים בתי חולים שצוברים גירעונות. אולם בהיעדר מערכת תמחיר ברוב בתי החולים הממשלתיים לא ניתן לכמת את הסבסוד כדי לקבל נתונים מהימנים יותר על בתי חולים אלה ולהשוות בינם ובין כל בתי החולים. מערכת תמחיר חיונית גם כדי לאפשר בחינה והערכה של מחיר

25 יחידה ארגונית שלגביה נערך תחשיב של הכנסות והוצאות.

26 ראו דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 124.

שירותי הבריאות שנקבעו בהשוואה לעלותם בפועל וגם כדי לאפשר הנהגת הסכמי התקשרות נפרדים בין קופות החולים ובין בתי חולים.

עד שנת 1998 דיווחו בתי החולים הממשלתיים על ביצוע התקציב לפי בסיס מזומנים. מן הדיווחים לא היה אפשר ללמוד על ההכנסות וההוצאות ועל העודפים או הגירעונות של כל בית חולים, ולא היה ניתן לעקוב אחר ההתפתחות הכלכלית וההוצאות של בתי החולים הממשלתיים במשך השנים. התפוקות של בתי החולים בשנה מסוימת נמדדו לפי גביית המזומנים שלהם באותה שנה, וההוצאות נמדדו לפי הוצאת המזומנים ולא לפי ההוצאות בגין התפוקות שבית החולים ייצר באותה שנה. נוסף על כך, לא היה דיווח נאות על נכסי בית החולים, לרבות על חייבים ועל התחייבויותיהם.

בשנת 1998 יזם המשרד את הגדרת בתי החולים הממשלתיים הכלליים בחוק התקציב כ"מפעלים עסקיים"<sup>27</sup>, דבר שעל פי חוק ביטוח בריאות חייב אותם לנהל את חשבונותיהם על בסיס מצטבר חלקי<sup>28</sup>. על פי הוראות התכ"ם (תקנון כספים ומשק), מפעל עסקי ינהל מערכת חשבונות מסחרית, הכוללת תמחיר ומערכת חשבונות תקציבית. כאמור, רק בחמישה בתי חולים מותקנות מערכות המסוגלות להפיק דוחות על חלק מהעלויות לפי מחלקות. מערכות אלו לא הותקנו ביוזמת המשרד, והן אינן משותפות לכל בתי החולים.

יצוין, כי גורמים מסוימים במערכת הבריאות טוענים, שהמשרד אינו צריך ואינו יכול לתמחר באופן שוטף את כל השירותים הרפואיים הניתנים בבתי החולים בגלל העלויות הגבוהות הכרוכות בכך; יש הטוענים שאין צורך במערכת תמחיר כזו עד שבתי החולים יתואגדו, והמשרד יכול להסתפק בתמחור הפעולות שההכנסה מהן היא הגבוהה ביותר. לעומתם, אחרים גורסים שהמשרד חייב להתקין מערכת כזו.

מאז ההחלטה (שלא מומשה) שקיבל המשרד בשנת 1996 להקים מערכת תמחיר, הוא לא קיים דיון מעמיק בצורך לבנות מערכת כזו כדי לסייע בקביעת מחירי שירותים רפואיים. לדעת משרד מבקר המדינה, אם יחליט המשרד שיש צורך להקים מערכת תמחיר בבתי החולים, כל עוד ימלא המשרד תפקיד פיקוח על מחיר שירותי הבריאות (גם אם לא על כולם), רצוי שהיוזמה להטמעתה של מערכת תמחיר תבוא ממנו, והמערכת שתותקן תשרת את כל בתי החולים הממשלתיים.

## בסיס הנתונים לתמחור שירותים רפואיים

קביעת מחיר ראוי לשירות רפואי היא פעולה חשובה, שכן מחיר גבוה מן הראוי ומחיר נמוך ממנו יוצרים עיוותים. כך, לדוגמה, אם ייקבע מחיר נמוך מהעלויות, לבית החולים לא יהיה תמריץ לתת את השירות, והוא יוכל לצמצם את מתן השירות באמצעות יצירת תורים ארוכים או הפניית חולים לבתי חולים אחרים. מאידך גיסא, מחיר גבוה מדי מעורר פתיחת מחלקות שיתנו את השירות ומעורר יזמים פרטיים וקופות להציע אותו שירות רפואי, כאמור.

27 בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, נכללים מפעלים עסקיים. במגבלות מסוימות נדרשים אלה לנהל את חשבונותיהם על בסיס מצטבר חלקי, שהוא בסיס דיווח מתקדם יותר. בחוק לא נקבעה הגדרה ל"מפעל עסקי". רשימת המפעלים העסקיים מופיעה בתוספת השנייה לחוק התקציב השנתי.

28 על השינויים בכללי הדיווח של בתי חולים ממשלתיים כלליים ראו גם דוח שנתי 53 של מבקר המדינה, עמ' 317.

קביעת מחיר לשירות רפואי נעשית לאחר בדיקת עלויות אצל ספקי השירות הרפואי והעברת הצעת מחיר אל מנהלי בתי חולים ציבוריים (כולל ממסלתיים) ואל הקופות להתייחסותם. כמו כן בודק המשרד אצל קוני השירותים עלויות של ספקים מתחרים נוספים. לאחר בחינת ההערות של הגורמים הנוגעים בדבר, מציע המשרד תעריף ומעביר את הצעתו לוועדת המחירים. המחיר טעון אישור הוועדה.

קביעת תעריף לשירות רפואי נעשית בהתחשב במרכיבים הבאים: כוח אדם - עלויות המעורבים בשירות (רופאים, אחיות, טכנאים, עובדי מינהל ומשק) על פי זמן העבודה שמקדיש כל אחד לשירות; ציוד רפואי וציוד משקי - פירוט הציוד הקבוע, מחירו ואורך חייו הצפוי, פירוט הציוד המתכלה ועלויותיו; תשומות אחרות - אלה הקשורות ישירות למתן השירות; תקורות - הוצאות עקיפות.

בבדיקת עלויות השירותים בבתי החולים תלוי המשרד בעיקר במידע שהם מוסרים לו. בגלל היעדר מערכת תמחיר גדלה תלות זו ומעוררת בעיות אחדות:

1. מהימנות המידע: המידע שמצוי בידי בתי החולים אינו מלא ומדויק דיו, ובהיעדר מערכת תמחירית קיים לעתים קושי לבדוק את מהימנות הנתונים.
2. תלות בשיתוף הפעולה מצד בתי החולים: תלות זו גורמת לכך שלעתים נמשך תהליך התמחור זמן רב מאד, בעיקר כאשר יש להקטין את התעריף.
3. שכר עבודה: הנתונים הם נתוני נציבות שירות המדינה על ממוצע ארצי של נתוני שכר. אילו הייתה מערכת תמחירית, ניתן היה לשייך את עלויות השכר לכוח האדם המשתתף במתן השירות הרפואי ברמת דיוק טובה יותר.
4. תקורה: מרכיב התקורה בתמחור השירות הרפואי נקבע באופן שרירותי: התקורה היא 20% על שירות רפואי באשפוז (החל מינואר 2003), ו-10% על שירות שאינו באשפוז. אמנם, שיעור תקורה נקבע תמיד בהחלטה מנהלית, אולם מערכת תמחירית הייתה מאפשרת קבלת אומדן מבוסס יותר.

## תקרות צריכה והסכמים גלובליים

במסגרת הסכם ההבראה שנחתם עם הכללית בשנת 1994, החליטו משרד הבריאות ומשרד האוצר לפעול בשיטת תקרות הצריכה כדי לרסן את ההוצאה הלאומית על רכישת שירותי בריאות. בשנת 1995, עם כניסת חוק ביטוח בריאות לתוקף, סוכם עם שלוש הקופות האחרות כי השיטה תחול גם עליהן. השיטה קובעת תקרות תשלומים שכל קופה תשלם לכל בית חולים בעד שירותי בריאות במחירם המלא<sup>29</sup>. בצריכה שחורגת מהתקרה פוחתים מחירי שירותי הבריאות שמשלמות הקופות לבתי החולים. החל בשנת 1997 נקבע כי כל קופה תשלם על צריכה שחורגת מהתקרה 50% מהמחירים המרביים (להלן - הנחת תקרות צריכה, אלפא<sup>30</sup> חמישים).

29 לפי חוקי ההסדרים, המחיר המלא לא יהיה יותר ממחיר שירותי הבריאות שנקבע מעת לעת לפי חוק הפיקוח.

30 שיעור התשלום של הקופות לאחר התקרה.

על פי דברי ההסבר להצעות התקציב של המשרד בשנים האחרונות, שיטת התחשבות זו מונעת גידול בלתי מבוקר בהוצאות האשפוז של הקופות; היא יוצרת כללי משחק מאוזנים הממתנים את עוצמת הכשלים בשוק הבריאות, ומקטינה את התמריץ של בתי החולים לעשות פעולות רפואיות מיותרות. שיטות דומות נהוגות במערכות בריאות רבות בעולם המערבי. תקרות הצריכה מתעדכנות כל שנה החל משנת 1999 בשיעור שנתי של 1.25%, בהתאם למבחנים הקבועים בחוקי ההסדרים.

על פי חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002 (להלן - חוק ההסדרים), רשאים כל בית חולים ציבורי כללי וכל קופת חולים לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר אחר להתחשבות בעד רכישת שירותים בבית החולים (להלן - הסכמים גלובליים), ובלבד שבהסדר יתמלאו תנאים אחרים, בין היתר: בית החולים וקופת החולים יתחייבו בהסכם כי בבית החולים יינתנו לחברי הקופה שירותים ברמה נאותה ובאיכות ובזמינות המתחייבים מהוראות חוק ביטוח בריאות; ההסדר המוצע לא ייצור הפלייה מצד בית החולים בין חברים שונים בקופת החולים שעמה נחתם ההסכם או בינם ובין חברים בקופה אחרת. העתק של הסכם כזה יש להעביר לשר הבריאות ולשר האוצר שמוסמכים לבחון אותו בתוך 60 יום מהעברתו לידיהם ולהודיע לצדדים אם בהסכם אין מתמלאים התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים. שר הבריאות רשאי, בהתייעצות עם שר האוצר ולאחר ששמע את הצדדים להסכם, לבטל אותו מנימוקים שיירשמו ויימסרו לצדדים, אם ראה שהדבר נחוץ לשם שמירה על בריאות הציבור.

### הסטה של פעילות רפואית

להסכמים גלובליים יתרונות אחרים; לבתי החולים: צמצום אי-הוודאות בעניין השגת יעד ההכנסות של בית החולים, הבטחת תזרים מזומנים די קבוע, אפשרות תכנון לטווח של יותר משנה ואפשרות לקבוע מחירים שיכסו את העלויות. לקופות: צמצום אי-הוודאות לגבי חלק ניכר בהוצאותיהן, חיסכון בעלויות, אפשרות תכנון פעולות לטווח של יותר משנה.

שוק הבריאות אינו שוק משוכלל שיש בו קונים ומוכרים רבים. זהו שוק שיש בו מספר קטן של רוכשי שירותים (בעיקר הקופות) מול מספר מצומצם אך גדול יותר של בתי חולים, ולכן נוצרים עיוותים. בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, כי תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים, אי-הסכמה בין הצדדים או אי-אישור הסכמים גרמו להסטה של רכישת השירותים בידי הקופות מבית חולים אחד למשנהו ובכך גרמו למבוטחים הנוקקים לבתי החולים באזור מגוריהם אי-נוחות. פעולה כזו אף מקטינה את הכנסות בית החולים שממנו מוסטת הפעילות. התופעה בולטת בכללית, שהיא הקופה הגדולה ביותר. להלן דוגמאות:

1. בשנת 2000 לא הגיעו מחוז המרכז של הכללית והנהלת בית החולים אסף הרופא להסכמה על שיעור ההנחות שיתן בית החולים לקופה. בתגובה לכך לא הפנתה הכללית מבוטחים שלה המתגוררים באזור בית חולים זה אליו, אלא לבתי חולים אחרים במרכז הארץ, כמו שיבא וקפלן.

2. בשנת 2002 חתמו בית חולים שיבא והכללית על הסכם לקניית שירותים רפואיים באותה שנה ב-450 מיליון ש"ח לפחות. לקראת סוף השנה התברר לכללית שרכשה בבית החולים שירותים בסכום נמוך מהסכום המינימלי שעליו התחייבה. כדי לעמוד בהסכם הפנתה הקופה לשיבא חולים גם ממחוזות שאינם מופנים אליו בדרך כלל.

3. המשרד לא אישר במאי 2003 את הסכם הפעילות בין המרכז הרפואי ע"ש וולפסון ובין הכללית. כתוצאה מכך הופנו מבוטחי הכללית המתגוררים באזור מרכז רפואי זה אל בתי חולים אחרים במרכז הארץ (ראו להלן).

הכללית ציינה בתשובתה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי היא מעבירה לבתי חולים אחרים חולים הזקוקים לטיפולים אלקטיביים<sup>31</sup> בלבד, והם מופנים לבתי חולים באותו אזור ולזמן קצר. גם הכללית מתלוננת שקופות אחרות לא מפנות לבתי החולים שלה מבוטחים, כאשר אין להן הסכם עם אותם בתי חולים.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי החיסרון הגדול של ההסכמים הגלובליים הוא חוסר האיזון שהם מכניסים למערכת - הסכם גלובלי מציב מול בית חולים אחד קופה המסוגלת לנצל את כוחה ולהעביר את רכישותיה לבתי חולים אחרים. קופת החולים נהנית מיתרונות שאין בידי בית החולים לאזנם; בעוד הקופה יכולה לבחור בין מספר ספקי שירות, אין לבית החולים ברירה אלא לקבל את תכתיביה, אחרת עלול הוא לגרום נזק בלתי הפיך לעצמו. היות שבית החולים הוא גוף מתקצב, הוא עלול לחתום על הסכם עם קופה מתוך שיקולים קצרי טווח בידיעה שאם ייווצר גירעון כתוצאה מההסכם, תיחלץ הממשלה בצורה זו או אחרת לעזרתו. מסיבות אלה מתחייבת התערבות הרגולטור.

### שירותים רפואיים עתירי טכנולוגיה

כאמור, לקופות החולים יש תקרת צריכה שכאשר חורגים ממנה פוחתים התשלומים שמעבירות הקופות לבתי החולים בשיעור ניכר. יש שירותים רפואיים עתירי טכנולוגיה; בולט בהם מרכיב התשומות של ציוד ותרופות (הוצאה משתנה גדולה). כאשר הטיפול יקר, וקופת חולים מסוימת הגיעה כבר לתקרת הצריכה שלה, פוחתת הכדאיות של בית החולים לתת לה אותו, כיוון שהקופה תשלם לו מחיר נמוך מעלות הרכישה של הציוד או החומר הרפואי.

**יוצא שתקריות הצריכה יוצרות תמריץ חיובי לצריכה שבה ההוצאה המשתנה קטנה, כלומר לרפואה מיושנת ועתירת כוח אדם, ותמריץ שלילי לרפואה מתקדמת עתירת טכנולוגיות וחומרים יקרים.**

בדרך כלל המחיר לשירות רפואי שקובע המשרד, כולל את החומר או את הציוד שבית החולים מספק. כאשר ניתנים שירותים עתירי טכנולוגיה, לבתי החולים יש תמריץ לבקש מהמשרד לקבוע שני סוגי מחירים: השירות הרפואי ללא החומר או הציוד; השירות עם החומר או הציוד. לעתים בתי החולים אינם מוכנים לספק את החומר ומבקשים מהקופות לספק להם את החומר על ידי החולה שמגיע לטיפול, או ישירות לבית החולים, ובתי החולים מחייבים אותן על מתן השירות הרפואי ללא החומר. בדרך זו הנחת הצריכה מעבר לתקרה ניתנת רק על מחיר השירות הרפואי.

**כאשר הקופות נדרשות לרכוש בעצמן ציוד או חומרים רפואיים ולהביאם לבתי החולים, הן אינן נהנות מההנחה שהיו מקבלות, אילו שילמו לבתי החולים את עלות השירות עם החומר או הציוד לאחר החרגה מתקרת הצריכה שלהן. גם הבקרה של הקופות על בתי החולים נפגמת, כיוון שלטענתן לעתים בתי החולים אינם משתמשים בטיפול הרפואי בכל כמות התרופה שמביא החולה, ובעודפים יכולים בתי החולים להשתמש לצרכים אחרים.**

## להלן דוגמאות אחדות:

1. ניתוח לקיצור הקיבה באמצעות טבעת - זהו טיפול רפואי שמיועד לאנשים בעלי משקל עודף רב לצורך הפחתה במשקל. בשנת 2000 קבע המשרד מחיר של כ-19,500 ש"ח לניתוח זה. מאוחר יותר ביקשו בתי החולים מהמשרד לקבוע מחיר נפרד לפעולה עם טבעת וללא טבעת. המשרד קבע בשנת 2001 מחיר של כ-21,600 ש"ח לניתוח עם הטבעת וכ-8,800 ש"ח לניתוח ללא הטבעת. בתי חולים דרשו מהחולים להגיע עם הטבעת.

2. טיפול למניעת עיוורון בחולים עם ניוון של רשתית העין (PDT) - לפי חוק ביטוח בריאות, נוסף בשנת 2001 טיפול זה לסל שירותי הבריאות. בתחילה קבע המשרד לטיפול מחיר של כ-7,500 ש"ח; המחיר כלל את החומר הרפואי. מאוחר יותר, בסוף שנת 2002, בעקבות דרישה של בתי חולים שבהם ניתן הטיפול ובעיקר בית החולים רמב"ם, קבע המשרד מחיר של כ-8,300 ש"ח לטיפול כולל החומר, וכ-1,300 ש"ח לטיפול ללא החומר. לקראת טיפול זה נדרשים לעתים החולים להביא עמם את החומר לבית החולים. במקרה זה כמות החומר שמביא החולה מאפשרת לבית החולים שימוש בעודפים הנותרים.

מנהל המרכז הרפואי רמב"ם הסביר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי השימוש בחומר הנותר מותנה במספר החולים המגיעים לטיפול באותו יום. רק אם מגיעים לטיפול חמישה חולים, ניתן להשתמש בארבע אמפולות.



תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים נועדו אמנם למנוע גידול בהוצאות האשפוז ולהקטין את התמריץ של בתי החולים לעשות פעולות רפואיות מיותרות, אולם תוצאת הלוואי שלהם היא העברה של פעילות רפואית מבית חולים אחד למשנהו וגרימת אי-נוחות לחולים. כמו כן יוצרות תקרות הצריכה תמריץ שלילי לרפואה עתירת טכנולוגיות ועתירת חומרים יקרים בבתי החולים, דבר שגורם לאי-נוחות לחולים הנדרשים להביא עמם לבית החולים את החומר. לדעת משרד מבקר המדינה, אחת לכמה זמן ראוי לבדוק את האפקטיביות של תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים בהתחשב גם בתוצאות הלוואי שלהם, ולשנותם בהתאם לצורך.

משרד האוצר הודיע בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי בכוונתו לפעול לכך שבמודל תקרות הצריכה החדש, שייקבע לשנת 2005 ואילך, תהיה קביעה של תקרות צריכה אחדות. מנגנון מעין זה ימנע מחד גיסא, גידול בפעילות האשפוזית והניתוחית הדחופה, אך מאידך גיסא יאפשר לבתי החולים להעניק שירותים אמבולטוריים ואלקטיביים בצורה גמישה יותר. מודל זה, בשילוב עם הסכמים בין בתי החולים ובין קופות החולים, יאפשר, לדעתו, גם לצמצם את התמריץ ליצירת תשתיות כפולות בקהילה ויביא לניצול נכון יותר של משאבי בתי החולים.

## כפל תפקידי המשרד

אחת הבעיות המבניות המהותיות של משרד הבריאות היא כפל תפקידיו: מצד אחד, הוא מופקד על גיבוש מדיניות בריאות, על תיאום, על פיקוח ועל בקרה על מערכת הבריאות; מן הצד האחר, הוא



מספק שירותי בריאות באמצעות בתי החולים שבבעלות הממשלה. במציאות זו מובנה מצב של ניגוד עניינים<sup>32</sup>, וזוהי אחת הבעיות המרכזיות של מערכת הבריאות<sup>33</sup>.

הבעייתיות הזאת יוצרת למשרד קשיים במילוי תפקידיו בנוגע לקביעת מחיר שירותי הבריאות, להתחשבות במערכת הבריאות ולפיקוח על אלה.

## אי-תיקון תעריפים

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, שבמקרים אחדים המשרד הגיע לאחר בדיקה למסקנה שתעריף מסוים אינו ריאלי והחל בבדיקה או בתמחור מחדש, אולם לאחר מכן הוא לא פרסם תעריף אחר.

להלן דוגמאות:

1. הפריה חוץ-גופית (I.V.F): סל שירותי הבריאות כולל טיפולי הפריה חוץ-גופית הניתנים בחינם לכל אישה שלה ולבן זוגה אין ילדים משותפים, ללא הגבלה על כמות מחזורי הטיפול עד השגת היריון עם הילד השני. מהילד השלישי ממומנת ההפריה ע"י הביטוח המשלים בתוספת דמי השתתפות עצמית שמשתינים מקופה לקופה; לטיפולים נקבעו תקרות. בשנת 2003 פעלו 24 יחידות להפריה חוץ-גופית: ארבע פרטיות, ועשרים - בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים ובבתי חולים של הכללית. לפי הערכות בכירים במערכת הבריאות, ההוצאה הלאומית השנתית על הפריה חוץ-גופית היא כחצי מיליארד ש"ח עד כמיליארד ש"ח.

במחזור הפריה חוץ-גופית שלבים אחדים: הכנה להפריה, בדיקות דם, בדיקות אולטרה סאונד, מפגש עם הרופא המטפל; בדיקות מעבדה; מיקרומניפולציה (הזרקה הזרע לתוך הביצית); יום אשפוז. לעתים כולל מחזור הטיפול גם הפשרה של עוברים שהוקפאו. לפי מחירון המשרד מינואר 2003, מחיר מחזור של הפריה חוץ-גופית (כולל בדיקות הורמונליות) הוא כ-13,850 ש"ח.

משנת 1997 מתלוננות הקופות במשרד, כי מחירי ההפריה החוץ-גופית גבוהים מאד אף בהשוואה לבתי החולים פרטיים, שגובים מהן כ-50%-70% ממחירי המשרד. עוד התלוננו הקופות כי חלק מבתי החולים הממשלתיים גובים מהן, נוסף על מחיר השלבים השונים בהפריה, גם תשלום עבור שני ימי אשפוז, כאשר בפועל הנשים המטופלות אינן מאושפזות כלל בבית החולים. בשנת 1998 הקים המשרד ועדת מומחים לקביעת ההגדרות של שלבי הטיפול ולקביעת מרכיבי התמחור הראויים לפעולה. בנובמבר 1998 הודיע יו"ר הוועדה לראש מינהל רפואה במשרד כי הוועדה הגיעה לנוסחה כוללת אשר לפיה ייקבע מחיר ההפריה.

בדצמבר 2000 הכין המשרד טיוטת חוזר בנושא הפריה חוץ-גופית. החוזר פירט את השירותים הרפואיים הכלולים בתהליך ההפריה ואת התעריף הגלובלי לתהליך, כ-8,700 ש"ח, אבל מחיר זה לא עורכן במחירון, כיוון שבתי החולים היו צוברים גירעונות ניכרים משניוניים אלה אילו הונהגו; המחיר נותר אפוא בעינו.

בשנים האחרונות מספקים לקופות גם בתי חולים ממשלתיים אחדים שירותי הפריה חוץ-גופית במחירים נמוכים בהרבה ממחירי המשרד.

32 עוד על כפל תפקידיו של המשרד ראו דוח שנתי 53 של מבקר המדינה, עמ' 78; דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 122.

33 ראו גם דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (תשס"ג-2002).

2. השתלת מח עצם: יש שלושה סוגי השתלות, ומחירים במחירון המשרד מינואר 2003 הוא כ-152,000 ש"ח עד כ-391,000 ש"ח.

לדעת הקופות, אין הגדרות ברורות של המשרד לפעולות הכלולות בתעריפי ההשתלות הנ"ל. עובדה זו גורמת לחיכוכים רבים בין בתי החולים ובין הקופות על רקע החיובים הכספיים. לדעתן, גם המחיר שקבע המשרד להשתלות אלו, ובייחוד לסוג אחד, גבוה בהרבה מעלויותיהן האמיתיות.

גם המועצה הלאומית לאונקולוגיה<sup>34</sup> התייחסה פעמים אחדות בשנים האחרונות לעניין תמחור ההשתלות בידי המשרד: כבר בשנת 1999 המליצה המועצה להפחית את המחיר של סוג השתלה מסוים; במרס 2001 היא דנה בכך שוב, וגם בינואר 2003 התייחסה המועצה לעניין מחיר ההשתלות הגבוה מדי.

נמצא כי המשרד לא עדיין ערך את מחיר השתלת מח העצם בגלל השפעה שתהיה לעדכון על גירעונות בתי החולים.

המשרד מסר בתשובתו כי תמחור השתלת מח עצם יסתיים עד תחילת ינואר 2004.

3. רדיו-כירורגיה: זהו טיפול מיוחד בקרינה הניתן במגוון מחלות תוך גולגולתיות כתחליף לטיפולים אחרים כגון ניתוח. פעולה זו אינה כרוכה בפתיחת גולגולת כמו ניתוחי ראש, אולם לטענת הכללית ומכבי, בית החולים שיבא, שבו נעשית פעולה זו, מחייב את הקופות בגינה בתשלום לפי תעריף ניתוח ראש (כ-46,000 ש"ח בינואר 2003), אף שעל פי רשימת הקודים האמריקאית (ICD<sup>35</sup>9) קוד זה אינו נכלל במסגרת הקודים המאושרים לחיוב כניתוח ראש.

כבר בשנת 2001 פנתה הכללית למשרד וביקשה לקבוע לפעולה תעריף ראוי. המשרד החל בבדיקה ואף הציע באפריל 2002 מחיר של כ-13,700 ש"ח, אולם עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, לא נקבע לה מחיר בגלל השפעתו על הכנסות בתי החולים.

במקביל לשירותים רפואיים שעלותם נמוכה ממחירים, יש, לדעת המשרד, שירותים רפואיים שעלותם גבוהה ממחירים, כמו מחיר ביקור בחדר מיון ואשפוז במחלקת טיפול נמרץ, כאמור.

מהאמור לעיל עולה, כי המחירים במחירון המשרד לשירותים רפואיים מסוימים אמבולטוריים ודיפרנציאליים אינם ריאליים; אף כי המשרד מודע לכך, הם טרם שונו.

המשרד הסביר בתשובתו כי לבד מהמחיר יש לו שיקולים נוספים: הוא חושש ממתן תמריץ חיובי או שלילי לעשיית פעולות מסוימות, והוא מביא בחשבון את היכולת של הקופות או בתי החולים להתמודד עם שינויים ניכרים שיכולים לזעזע יציבות של מוסדות.

לדעת משרד מבקר המדינה, היות שמחירים קובעים סדרי עדיפויות ומשפיעים על הצריכה ולכן על בריאות הציבור, מן הראוי שמחירי שירותים רפואיים יהיו ריאליים. מחירים שאינם ריאליים גורמים עיוות בצריכת השירותים ובהקצאתם. את הבעיה של פגיעה בהכנסות בתי חולים יש לפתור בנפרד בהתבסס על מחירים ריאליים. הכנסת השינויים, שלדעת המשרד יכולים לזעזע את המערכת, יכולה להיעשות בהדרגה במשך חודשים או שנים.

34 המועצות הלאומיות הן גופים מייצגים מקצועיים של המשרד בתחומי הבריאות השונים. תפקידן לסייע למשרד בהתוויות מדיניות בריאות ולייעץ לו, בין היתר, בנוגע לאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדישות.

35 International Classification of Diseases - מיון קודים בינלאומי המקובל במרבית ארצות המערב.

### אישור תעריפי שירותים רפואיים

כאמור, המשרד מציע את המחירים לפעילויות נבחרות ולשירותים אמבולטוריים לוועדת המחירים, שתפקידה לאשרם. הוועדה הוקמה לפי חוק הפיקוח. משנת 2001 המשרד, משרד האוצר והוועדה פועלים בקביעת תעריפים ואישורם לפי "נוהל ועדת המחירים", שהוכן בנובמבר 2000.

לפי נוהל זה, כל חודש יציע המשרד לחברי ועדת המחירים תעריפים לשירותים רפואיים מסוימים; ההצעה תוגש לאחר שצוות התמחור במשרד קבע את התעריף בהתבסס על בדיקת תשומות, ויצורפו לה העתקי המסמכים שהועברו לגופים המעורבים, ותגובותיהם להצעה. בהיעדר תגובה של חברי ועדת המחירים עד אמצע החודש העוקב, יאושרו התעריפים המוצעים אוטומטית. אם יתנגד אחד מחברי ועדת המחירים, יובא הנושא לדיון ולהכרעה בוועדה, והתעריף יונהג רק לאחר אישורה.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, כי הצעות התעריפים שמעביר המשרד לחברי ועדת המחירים נבדקות בידי רכז הבריאות באגף התקציבים במשרד האוצר, שהוא הגורם המקצועי בתחום. בשנת 2003, כאשר המשרד העביר לחברי הוועדה תעריפים אשר קופה (בדרך כלל הכללית) לא הסכימה להם, התנגד אגף התקציבים לתעריפים ופנה למשרד בבקשה לעכב את כניסת התעריף לתוקף. עם זאת יצוין שעל פי הנוהל, אגף התקציבים אינו מוסמך לאשר או לא לאשר את התעריפים.

נמצא שלמרות התנגדות אגף התקציבים לחלק מהתעריפים שהציע המשרד, לא הביעו חברי ועדת המחירים את התנגדותם לתעריפים ולא דנו בהם בשנת 2003, כפי שדורש נוהל ועדת המחירים. אולם בגלל ההתנגדות של אגף התקציבים לא פרסם המשרד את כל התעריפים שהציע, ועדכוני מחירים רבים הוקפאו, אף על פי שמבחינה פורמלית, בהיעדר התנגדות של אחד מחברי הוועדה, התעריפים היו אמורים להיכנס לתוקף אוטומטית. מדובר בעשרות תעריפים, חלקם בגין שירותים רפואיים חדשים, וחלקם - תעריפים מעודכנים של שירותים קיימים.

בתשובות המשרד, משרד האוצר והכללית למשרד מבקר המדינה הוצגו עמדות שונות:

משרד האוצר מסר כי הצורך לפקח על מחירי יום אשפוז ופרוצדורות רפואיות נובע מכך שמרבית בתי החולים הם בבעלות אחת (ממשלה) ואינם פועלים בתנאי תחרות, לכן המשתמשים (הקופות) זקוקים להגנה. תפקיד ועדת המחירים הוא לדאוג לכך שהמחיר לא יהיה גבוה מדי, דבר שהיה עלול לקרות אלמלא הפיקוח, ואז היה המחיר "מחיר מונופוליסטי המגלם... מחיר גבוה הנובע מחוסר יעילות של המערכת כתוצאה מהיותה בבעלות ציבורית". החזקתה של הממשלה בבתי חולים וחוסר האחריות הניהולית בבתי החולים הממשלתיים מקשים על ריסון הוצאות הבריאות במדינת ישראל באמצעות תמחור כלכלי וכלי מדיניות מתקדמים.

המשרד מסר בתשובתו, כי הצורך בפיקוח על מחירי השירותים הרפואיים שנותנים בתי החולים נובע מכשלים בסיסיים בשוק הבריאות ללא קשר לבעלות על בתי חולים. המשרד פועל לטובת כל מערכת הבריאות: צרכנים, קופות ובתי חולים. תחשיבים שנעשו בבתי החולים מראים כי פעולות המשרד הביאו לירידת הכנסותיהם השנתיות "במיליוני עד עשרות מיליוני ש"ח". כל הפניות של אגף התקציבים בקשר למחירי שירותים רפואיים נעשו ישירות למשרד, למרות שתפקידו של האגף לייעץ לנציגי משרד האוצר בוועדת המחירים, ואין לו מעמד רשמי בעניין. התנגדויות אגף התקציבים אופיינו בנקיטת עמדה חד צדדית - התנגדות לכל תעריף אשר אחת מהקופות התנגדה לו. ההתנגדויות לא לוו בהצעת מחיר חלופית, פרט לציטוט דעת הכללית, ולעתים רחוקות - קופה אחרת. התוצאה הייתה שכל בקשה להפחתת תעריפים אושרה, אך בקשה לייקורם נתקלה

בהתנגדות. לדבריו, הוא נאלץ "להיכנע לתכתיבי אגף התקציבים תוך פגיעה בהספקת שירותים רפואיים ופגיעה בחולים".

המשרד הוסיף, כי "שוק האשפוז" בארץ מאופיין בעודף כוח של הקופות. בין בתי החולים הממשלתיים והציבוריים מתקיימת תחרות על לקוחות, אך מנגד בין הקופות אין תחרות כלל. עובדה זו מאפשרת לקופות לקבל הנחות ניכרות, ולא פעם משיקולים לטווח קצר נאלצים בתי החולים למכור שירותים "במחירי הפסד". העובדה כי הכללית היא היועץ העיקרי, וברוב המקרים - הבלעדי, לאגף התקציבים בכל הנוגע למחירי שירותים מאפשרת לה להתערב במחירי השירותים בהתאם לצרכיה באמצעות אגף התקציבים.

הכללית מסרה בתשובתה כי בניגוד לאמור לעיל, שוק הבריאות מאופיין בתחרות קשה ביותר בין הקופות שנותנות שירותים בפרסה ארצית, לעומת תחרות מוגבלת בין בתי החולים שבאזורים מסוימים הם מעין "מונופולים אזוריים". הכוח היחיד שיש לקופות הוא להפחית את מחירי רכישת השירותים מבתי החולים בפעולות שיש להן מחירי שוק פרטי נמוכים באופן ניכר ממחירי המשרד, וזאת - בעיקר בשירותים האמבולטוריים על ידי מעבר לרכישת שירותים אלו אצל הספקים הפרטיים. רוב השירותים שמוכרים בתי החולים הם שירותים מונופוליסטיים. המשרד דואג לבתי החולים שבבעלותו על חשבון יתר ה"שחקנים" ב"שוק האשפוז". לעומת העמדות הבלתי נייטרליות של המשרד, משרד האוצר מאזין גם לעמדתן של קופות החולים. בעלותה של הכללית על בתי חולים מאפשרת לה לעשות תמחור של שירותי בריאות הניתנים בבתי חולים, ועל כן היא הדומיננטית בהשמעת השגותיה בסוגיית התמחור.

מכל האמור עולה שאי-ליבון המחלוקות ואי-שיתוף פעולה בין המשרדים גרם לשיתוק ועדת המחירים ולא-פרסום תעריפי שירותים רפואיים שונים. דבר זה עלול לגרום לפגיעה בהספקת שירותים רפואיים ולפגיעה בחולים. לדעת משרד מבקר המדינה, אם משרד האוצר סבור כי קיימת בעיה בנוהל ועדת המחירים, עליו לקיים דיון בנושא עם המשרד, ולהגיע לדפוס פעולה שיאפשר שיתוף פעולה.

### אי-העברת הסכמים לשרים

כאמור, לפי חוק ההסדרים, לצורך התחשבות על רכישת שירותים בבית החולים רשאים הקופות ובתי החולים לקבוע בהסכם הסדר שונה מההסדר על תקרות הצריכה. את ההסכמים יש להעביר לשר הבריאות ולשר האוצר, כאמור. נמצא שקופות אחדות חתמו על הסכמים עם בתי חולים אחדים של הכללית. לא נמצא שהצדדים העבירו הסכמים אלו לבחינת השרים, כנדרש בחוק. לטענת הכללית, בגלל ניגוד העניינים שהמשרד מצוי בו, ההסכמים לא הועברו אליו מחשש שחשיפתם לפניו תוביל לחשיפתם לפני בתי החולים הממשלתיים.

יוצא אפוא שהמשרד אינו מודע לקיומם של הסכמים שחתמו הקופות עם בתי החולים של הכללית. עובדה זו עלולה להקשות עליו לבחון אם התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים מקיימים בהסכמים ולהבטיח למבוטחים בקופות מתן שירותים רפואיים ברמה נאותה ובאיכות וזמינות טובות, כמתחייב מהוראות חוק ביטוח בריאות.

### טיפול בהסכם גלובלי

מנכ"ל המשרד דאז הודיע באפריל 2002 למנהלי בתי החולים הממשלתיים הכלליים כי לפני חתימה על הסכם גלובלי יש להעבירו אליו לאישורו המוקדם. כך למשל, בתחילת מאי 2002 העביר המרכז הרפואי ע"ש וולפסון לאישור המשרד, לפי דרישתו, הסכם שלו עם הכללית. המשרד לא הגיב לפנייה זו. מנהלת מחוז ת"א-יפו בכללית מסרה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003 כי המחוז והמרכז הרפואי אכן פעלו בשנת 2002 בהתאם להסכם. רק במאי 2003 הודיע המשרד למנהל המרכז הרפואי, כי אינו מאשר את ההסכם; בתגובה לכך הפנתה הכללית חולים המתגוררים באזור המרכז הרפואי לבתי חולים אחרים, כאמור. באוגוסט 2003 חתמו מנהלת המחוז של הכללית ומנהל המרכז הרפואי על הסכם אחר לשיתוף פעולה בשנים 2003-2004.

בבדיקה נמצא, כי פרט לנציגי הנהלת המרכז הרפואי ע"ש וולפסון היו מעורבים במשא ומתן עצמו בין הצדדים גם אנשי הנהלת המשרד (המנכ"ל דאז, המשנה למנכ"ל והחשב): מנכ"ל המשרד הציע ניסוח לסעיפי ההסכם, וישיבה אחת בעניין תנאי ההסכם אף התקיימה בלשכתו.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי כאשר קופה מורידה את היקף הצריכה שלה בבית החולים בצורה דרסטית וגורמת בכך גם חוסר נוחות למבוטחים וגם קשיים כלכליים לבית החולים, מתחייבת התערבות של הגורם המופקד על בריאות הציבור, גם לולא היה הבעלים של בית החולים, והוא התערב כדי לנסות לפשר בין הצדדים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מעורבות המשרד בשלב כריתת ההסכמים הגלובליים עם בתי החולים הממשלתיים ואישורו המוקדם להם עלולים להקשות עליו לבדוק אם מתקיימים בהסכמים התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים.



במאי 2003 מינה שר הבריאות ועדה לבחינת תפעול בתי החולים הממשלתיים, תקצובם והבעלות עליהם. הוועדה התבקשה לבחון את החלופות השונות להפעלת בתי החולים הממשלתיים ולמבנה הבעלות שלהם ולהגדיר את התנאים שבהם תוכל מערכת כזו לפעול בצורה מיטבית. הוועדה גם התבקשה לבחון את האפשרות לתאגוד בתי החולים או חלקם, להעביר הפעלה של בתי חולים מסוימים לקופות החולים או, לחילופין, לבחון הסדרים אחרים שייתנו מענה לכשל המערכת בתחום זה. עד מועד סיום הביקורת הוועדה טרם הגישה את המלצותיה.

לדעת משרד מבקר המדינה, 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.



ככלל, מחירי שירותים רפואיים צריכים להיות ריאליים ולשקף את העלויות, שכן מחירים קובעים סדרי עדיפויות ומשפיעים על הצריכה, ולכן - על בריאות הציבור. מחירים גבוהים מדי מעודדים את ספקי השירות לגרום לצריכת יתר של שירותים ולבזבוז משאבים, ולעומת זאת, מחירים נמוכים מדי עלולים לתמרץ את ספקי השירות הרפואי לצמצם את היקף השירות, וכך עלולה להיפגע בריאות הציבור. במשך שנים לא נבנו במערכת הבריאות כלי תמחור ראויים ונוצרו בה עיוותים.

כאשר מחירי שירותים רפואיים נראים לקופות החולים גבוהים, הן יעדיפו לתת בעצמן שירותים אלו או לקנותם מספקים אחרים. התוצאה היא, שהן מפתחות תחליפים לשירותים רפואיים מסוימים, כמו שירותים אמבולטוריים אחדים, שמחיריהם במחירון משרד הבריאות גבוהים לטענתן מעלותם להן; התוצאה היא כפל תשתיות אשר לעתים מוביל לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות ולעודף כושר ייצור. כך נגרם בזבוז משאבים לאומיים.

בתי החולים מספקים שירותי בריאות רבים. אחד הכלים הניהוליים במערכת כלכלית כה גדולה הוא מערכת תמחור, המאפשרת לבחון את הקשר בין תשומות ובין תפוקות ולקבל תמונה נאותה על עלויות המוצרים והשירותים. מערכת כזו מאפשרת לנתח את העלויות לסוגיהן, להשוות בין מחלקות, בין בתי חולים ועוד, והיא יכולה להיות בסיס לקביעת מחירי שירותים רפואיים. משרד הבריאות עדיין לא החליט אם להקים מערכת כזו.

כפל תפקידיו של משרד הבריאות יוצר לו קשיים במילוי תפקידיו בנוגע למחיר שירותי הבריאות, להתחשבות במערכת הבריאות ולפיקוח על אלה. בטווח הארוך יותר הפתרון הוא ניתוק המשרד מבתי החולים הממשלתיים.

מתוך הכרה בכך שתאגוד בתי החולים הממשלתיים ימשך זמן רב, המליצה הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה בסוף שנת 2002 על הקמת רשות מקצועית ובלתי תלויה, שאחד התפקידים שלה יהיה לדאוג לתמחור ריאלי של תעריפי בתי החולים ומרפאות החוץ ולקבוע את אופי ההתקשרות בין הגורמים הפעילים במערכת הבריאות ואת דפוסייה. רשות זו תמלא גם תפקידי פיקוח. לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי לשקול המלצה זו בכובד ראש.