



מבקר המדינה | דוח ביקורת שנתי 71ג | התשפ"א-2021

משרד הבריאות

**הפעלת חדרי ניתוח  
בבתי חולים כלליים**

**ביקורת מעקב**

הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים - ביקורת מעקב



ניתוחים הם פעילות ליבה של בתי החולים, וחדרי הניתוח הם צומת מרכזי וחיוני ביותר בכל מרכז רפואי. האופן שבו מופעלים חדרי הניתוח בבתי החולים הכלליים מביא להיווצרות "צווארי בקבוק" הגורמים להתארכות התורים לניתוחים. חדרי הניתוח (להלן גם - עמדות ניתוח) על צוותיהם הם משאב תשתיתי יקר ערך, שזמינותו ומוכנותו משפיעות על חיי אדם ואיכותם, לכן יש חשיבות רבה לניהולם הנכון ולניצולת אופטימלית שלהם. ניהול לא יעיל יביא לעיכוב של ניתוחים, לדחייתם ואף לביטולם. תוצאת הדבר היא התארכות התורים לניתוחים, הוצאות מיותרות וניצול לא יעיל של משאבי המדינה - משאבים כלכליים, משאבי כוח אדם והתשתיות עצמן - ופגיעה בשירותים שמספקת מערכת הבריאות הציבורית. בסוף 2019 היו 458 עמדות ניתוח בכל בתיה"ח בישראל, תוספת של 25 עמדות מ-2017, מועד פרסום דוח מבקר המדינה הקודם[[1]](#footnote-1).

****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **45,000** 22,000  10,000 | 7 - 7.5 שעות ביממה | 2,000 ש"ח | 17% - 50% |
|  |  |  |  |
| מספר הניתוחים (לרבות באשפוזי יום) שבוצעו בשנת 2018 בבתי החולים רמב"ם (בי"ח גדול); אסף הרופא (בי"ח בינוני); זיו בצפת (בי"ח קטן); בהתאמה | מספר שעות הפעלת חדרי הניתוח בימים א'-ה' בבתי"ח כלליים בישראל. יש מדינות שבהן חדרי הניתוח פועלים במסגרת הרפואה הציבורית רוב שעות היממה, למשל באנגלייה שעות ההפעלה הן מ-8:00 עד 22:00 | העלות המוערכת של שעת חדר ניתוח בישראל. העלות במדינות אחרות נעה מעשרות דולרים לדקה ועד כמה מאות דולרים (בניתוחים מסובכים) | שיעור ניצולת חדרי הניתוח הפעילים בבתי החולים הממשלתיים ה"קטנים" בשעות אחר הצוהריים |
| 13.4% | 53% | 30; 365+ | 9.9  ל-100,000 נפש |
|  |  |  |  |
| השיעור הממוצע של ביטול ניתוחים ביוזמת ביה"ח - בבתי החולים של הכללית בשנת 2019 | שיעור הממתינים לניתוחים בכללית, "ללא תור" עתידי (המתנה של יותר משנה) | 30 ימי המתנה לניתוח החלפת ברך ב"אסותא" אשדוד, לעומת יותר משנה ב"סורוקה" בבאר שבע | שיעור המרדימים בישראל. יחס זה במדינות מפותחות אחרות: בדנמרק - 14.8, בצרפת - 16.1 ובגרמניה - 30.98 |

פעולות הביקורת

**הביקורת הקודמת:** בשנת 2017 פרסם משרד מבקר המדינה דוח בעניין הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים (הדוח הקודם או הביקורת הקודמת).

**ביקורת המעקב:** בחודשים מרץ עד ספטמבר 2020 בדק משרד מבקר המדינה באיזו מידה תוקנו הליקויים המרכזיים שצוינו בדוח הקודם, ואשר נוגעים לאופן הפעלת חדרי הניתוח בבתי"ח כלליים ממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית. ביקורת המעקב נעשתה במרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון, במרכז הרפואי לגליל בנהרייה, בבית החולים בילינסון, וכן במשרד הבריאות ובשירותי בריאות כללית באמצעות שאלונים שנשלחו אליהם ואיסוף מידע. כמו כן נשלחו שאלונים כלליים לתשעה בתי"ח כלליים-ממשלתיים, לשבעה בתי"ח כלליים של הכללית ולשני בתי"ח ציבוריים. הביקורת התמקדה בחדרי ניתוח כלליים בלבד.



תמונת המצב העולה מן הביקורת

**משרד הבריאות כגוף עוקב ומפקח:** בדוח הקודם נמצא כי למשרד הבריאות אין מידע מלא ואמין על הניצולת והתפוקות של חדרי הניתוח, והדבר פוגע ביכולתו למלא את תפקידו כגורם המפקח. אמירתו המרכזית של המשרד בתשובתו לדוח הקודם הייתה, שהוא יקים ועדה רב-תחומית שתמפה את ניהול התהליכים והתפעול של חדרי ניתוח, תגבש נהלים וסטנדרטים ותקבע תורת הפעלה סדורה. בביקורת המעקב עלה כי משרד הבריאות הקים ועדה כזו לקראת סיום הביקורת הנוכחית, בספטמבר 2020.

**מיצוי של חדרי הניתוח בבתיה"ח הממשלתיים ושל הכללית (תכנון, הקצאה, שיבוץ וביצוע):** בדוח הקודם בבתיה"ח שנבדקו - וולפסון, נהרייה ובילינסון - עלה כי מידת היעילות של הקצאת חדרי הניתוח למחלקות, התכנון בפועל של הניתוחים וניטור הביצוע של הניתוחים לעומת התכנון, לקו בחסר, הן בשל היעדר מערכת תומכת תהליך (בחלק מבתיה"ח הפעולות האמורות מתבצעות באופן ידני) והן בשל היעדר מדיניות של משרד הבריאות לאופן ההקצאה, לתכנון ולניצולת חדרי הניתוח הרצויה. בביקורת המעקב עלה כי משרד הבריאות לא הטמיע מערכת ייעודית בבתיה"ח; בבתיה"ח שנבדקו לא חל שינוי בשיטת שיבוץ הניתוחים ובאופן הפיקוח על המחלקות לצורך מיצוי מלוא הפוטנציאל הקיים; המשרד גם טרם הגדיר יעד לניצולת חדרי הניתוח בבתיה"ח הממשלתיים.

**ביטול או דחייה של ניתוחים באופן בלתי צפוי:** בדוח הקודם עלה שמשרד הבריאות לא הגדיר מדד ייעודי לשיעור הניתוחים המבוטלים והנדחיםבבתיה"ח, והוא גם לא חייב את בתיה"ח הממשלתיים לתעד אירועים כאלו; לכן לא היה למשרד מידע על היקף התופעה בבתי"ח אלה והוא גם לא ניתח אותה. גם לכללית לא היה מדד לביטולי ניתוחים. בביקורת המעקב עלה כי מערכת ה-BI (מערכת לבינה עסקית) שבנה המשרד עבור בתיה"ח הממשלתיים כוללת מדד של ביטול הניתוחים, אולם הוא אינו בשימוש בשל ההבדלים בין בתיה"ח מבחינת תהליכי העבודה וכן מבחינת שיטות הרישום והקידוד של העילות לביטול ניתוחים. המשרד גם לא מחייב את בתיה"ח הממשלתיים לתעד ביטולים. עם זאת, הכללית בנתה שני מדדים לביטול ניתוחים - מדד ביטול ניתוחים ביום הניתוח ומדד ביטול ניתוחים ביוזמת ביה"ח - ומודדת באמצעותם את בתיה"ח שלה. ממדידותיה עלה שיעור ממוצע של 11.9% ו-13.4% בהתאמה בכל בתיה"ח שלה ב-2019.

**ניצולת חדרי ניתוח בשעות אחר הצוהריים והערב:** בדוח הקודם עלה כי בתיה"ח הממשלתיים ובתיה"ח של הכללית הגדולים, המונים יותר מ-600 מיטות, מפעילים אחר הצוהריים חדרי ניתוח רבים (במסגרות למיניהן כמפורט להלן), ואילו בתיה"ח הקטנים מפעילים רק מעט מהם. בביקורת המעקב עלה כי בבתיה"ח הממשלתיים הקטנים פועלים בשעות אלו רק 17% - 50% מחדרי הניתוח. למשל בנהרייה מפעילים אחר-הצוהריים בין שניים לשלושה חדרי ניתוח מתוך שנים עשר חדרים; בברזילי באשקלון - שלושה מתוך עשרה חדרי ניתוח, בבני ציון שלושה חדרים מתוך שישה, ובפוריה בטבריה שניים מתוך שבעה חדרי ניתוח. בבתיה"ח של הכללית עיקר הפעילות בשעות אחר הצוהריים היא דחופה, וחדרי הניתוח כמעט אינם מופעלים בהם.

**שלבים שלאחר הניתוח - התאוששות:** בדוח הקודם עלה כי ברוב בתיה"ח היחס בין מיטות הניתוח למיטות ההתאוששות נמוך בהרבה מהסטנדרט האמריקני והאירופי שאותו ישראל אימצה - יחס של 1.5 עד 2 עמדות התאוששות. הדבר יוצר לעיתים "צוואר בקבוק", שבעטיו מתעכב המעבר מחדר הניתוח ליחידת ההתאוששות, וכך חדר הניתוח אינו זמין לניקוי ולקבלת החולה הבא. בביקורת המעקב עלה כי משרד הבריאות לא מיפה את עמדות הניתוח וההתאוששות בכל בתיה"ח וכי יש בתי"ח שבהם יחס העמדות עומד בתקן ואף גבוה מכך. למשל בקפלן היחס הוא 1.75, ובנהרייה באתר המרכזי היחס הוא 1.87 ובאתר המשני 2.25; לעומת זאת יש בתי"ח שבהם היחס נמוך בהרבה, למשל ברמב"ם היחס עומד על 1.2 ובבילינסון על 0.8.

**תורים לניתוחים:** בדוח הקודם עלה שהמשרד לא קבע תורה סדורה שעל פיה ינהלו כלל בתיה"ח המפעילים חדרי ניתוח את תהליך קביעת התור לניתוח; זמני ההמתנה בבתיה"ח לא היו בני השוואה ולא היה ניתן לשקף מידע זה לציבור. בביקורת המעקב עלה שהמשרד עדיין לא קבע תורה סדורה ולא הטמיע מערכת או קבע מתודולוגיה אחידה למדידת התורים. עם זאת, משרד הבריאות החליט בשנת 2019 להעניק תמיכה לבתיה"ח הכלליים שיפרסמו באתרי המרשתת שלהם את זמני ההמתנה ל-23 ניתוחים שכיחים, נכון לינואר 2020. עוד נמצא כי המשרד לא קבע את שיטת המדידה ולכן הנתונים אינם ניתנים להשוואה ואינם מאפשרים הסקת מסקנה חד-משמעית בנוגע לזמני ההמתנה לניתוחים המבוצעים בבתיה"ח. מהשוואת זמני המתנה של חמישה סוגי ניתוחים עולה שונות רבה בזמני ההמתנה בין בתיה"ח ולעיתים גם בתוך ביה"ח עצמו. כמו כן, ישנם בתי"ח שבהם זמן ההמתנה למרבית הניתוחים שנבדקו הוא גבוה או גבוה למדי. לדוגמה, בבתיה"ח סורוקה והעמק של הכללית זמן ההמתנה לארבעה מתוך חמשת הניתוחים הוא הארוך ביותר בהשוואה לשאר בתיה"ח.

 **ממתינים יותר משנה בבתיה"ח של הכללית:** בדוח הקודם צוין שהכללית קבעה יעד של עד 30% למדד של "ממתינים ללא תור" - כלומר מטופלים הממתינים לניתוח יותר משנה - אולם השיעור בבתיה"ח שלה היה גבוה מזה. כך למשל בקפלן היה אז שיעור זה 46% מכלל הממתינים. בביקורת המעקב עלה שיעד הכללית נותר 30%, אולם שיעור הממתינים ללא תור בכל בתיה"ח שלה, במאי 2020, היה כמעט כפול - 53%.

**מערך כוח אדם בחדרי ניתוח:** בדוח הקודם עלה כי בשנת 2010 שיעור הרופאים המרדימים היה 0.078 ל-1,000 נפש. ב-2011 נקבע להקצות 27.5 תקנים של רופאים מרדימים לבתיה"ח, אך משרדי הבריאות והאוצר לא הקצו תוספת זו. תקינת המרדימים נקבעה על בסיס מפתח תקינה שחדל להיות רלוונטי עם השנים; תקינת אחיות חדר ניתוח מיושנת וכוללת מגוון מקצועות סיעוד; קיים מחסור בסניטרים. בביקורת המעקב עלה כי מאז ההסכם משנת 1996[[2]](#footnote-2) ועד אמצע שנת 2020, תקינת אחיות חדר הניתוח בישראל לא עודכנה. כמו כן עלה ששיעור הרופאים המרדימים בישראל נמוך ממדינות רבות אחרות בעולם הנחשבות למדינות מפותחות. יצוין כי בעקבות משבר הקורונה, במרץ וביולי 2020 סיכמו משרדי הבריאות והאוצר על תוספת של 600 רופאים ושל 1,550 אחיות לבתיה"ח, ואולם התוספת אינה מיועדת לחדרי הניתוח.



**פיתוח מערכת ממוחשבת חדשה לבתיה"ח הממשלתיים והמערכות שבשימושם:** בדוח הקודם עלה כי כדי לנהל את מערך המדידה ולהפיק דוחות מנהלים פיתח המשרד מערכת ממוחשבת ייעודית (מודול BW)[[3]](#footnote-3). נמצא כי חלק מהתוצרים שהמודול הציג היו שגויים. למשרד לא הייתה גישה לבסיס הנתונים שעליו התבסס המודול והוא לא ביצע בקרה על הנתונים שבתיה"ח הממשלתיים מסרו לו. בכך נפגעה יכולתו לשמש גורם בקרה שבכוחו לנקוט צעדים לשיפור ולהתייעלות. בביקורת המעקב עלה כי המשרד הטמיע ב-2017 מערכת BI חדשה המאפשרת קבלה ועיבוד נתונים מבתיה"ח הממשלתיים בלבד. עם זאת, המשרד אינו עוקב אחר כל המדדים הקיימים במערכת לגבי בתי"ח אלו ואינו מנתח אותם.

**רשימת ממתינים המיועדים לניתוח במקום ניתוח שהתבטל (Stand by):** בתגובת הכללית לאחר פרסום הדוח הקודם היא ציינה כי בין יתר פעולותיה להתמודדות עם ביטולי ניתוחים היא הגדירה רשימת ממתינים שתהיה בכוננות לביצוע ניתוח בהתראה קצרה - "Stand by". בביקורת המעקב עלה כי רוב בתיה"ח שלה אכן עושים שימוש בכלי זה.

**התוכנית לקיצור תורים:** בדוח הקודם עלה כי משרד הבריאות ומשרד האוצר סיכמו שיש לתקצב תוכנית לקיצור תורים, האמורה גם להביא להקטנת ההוצאה הפרטית לבריאות והקטנת הפרמיות שהציבור משלם עבור שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן). בביקורת המעקב עלה כי התוכנית אושרה, תוקצבה והחלה לפעול, ואכן הביאה לירידה בהוצאה הפרטית ובתשלומי הפרמיות. עם זאת, רבים מהניתוחים שהיו אמורים להתבצע בבתיה"ח הממשלתיים והציבוריים הוסטו לבתי"ח פרטיים.

**תוכנית אב לאומית של משרד הבריאות לפיתוח ולהצטיידות של חדרי ניתוח:** בדוח הקודם עלה כי אין למשרד הבריאות תוכנית אב רב-שנתית לאומית לפיתוח והצטיידות והוא לא ביצע עבודת מטה שתכליתה לקבוע תוכנית אסטרטגית לאומית להערכת הצרכים העתידיים הנדרשים. בביקורת המעקב עלה שחטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים[[4]](#footnote-4) התחילה בהכנת תוכניות אב לפיתוח עתידי של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, עד שנת 2035, וכי מרכזים רפואיים ממשלתיים אחדים סיימו או נמצאים בשלבים מתקדמים של הכנת תוכניות אב. כמו כן עלה כי בשלוש השנים האחרונות קודמו פרויקטים לבניית חדרי ניתוח. הכללית הכינה תוכנית אב לכול בתיה"ח שלה, אך לא בכל התכניות נכללה התייחסות לחדרי ניתוח.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות לקבוע לוח זמנים לעבודת הוועדה שהקים בספטמבר 2020, לשם קביעת אסטרטגיית עבודה בחדרי ניתוח ולאחר בחינת המלצותיה לגבש תוכנית סדורה, שתכלול את המרכיבים שיש לעסוק בהם במטרה לשפר ולייעול את תפעול מערך חדרי הניתוח; כן עליו לקבוע את המשאבים שיש להקצות לשם כך ואת לוח הזמנים ליישום ולהטמעת התוכנית.

עיקרי המלצות הביקורת

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות, לכללית ולבתיה"ח שלהם לפעול לשיפור אופן תכנון הניתוחים והפעלה יעילה של חדרי הניתוח; רצוי שייעזרו לשם כך במערכת ממוחשבת שתסייע בניהול המערך באופן שמשאב הליבה יקר הערך הזה ימוצה ביעילות, ושתתאפשר ראייה מתכללת של כלל חדרי הניתוח בכל האתרים של בי"ח מסוים.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות להשלים את התהליך שיאפשר דיווח על ביטולים ודחיות של ניתוחים במערכותיו ולכלול בו גם אפשרות להזנת הסיבות לכך. מומלץ לוודא כי כל הנתונים יוזנו באופן אמין ולהנחות בהתאם את בתיה"ח שלו. כן עליו לאפשר הפקת דוחות המנתחים אירועים מסוג זה.

מומלץ שמשרד הבריאות יבחן את האפשרות להרחיב את שעות הפעילות של חדרי הניתוח, בדומה לנעשה במדינות שבהן חדרי הניתוח פועלים במסגרת הרפואה הציבורית רוב שעות היממה. מיצוי יעיל יותר של חדרי הניתוח בכוחו לקצר את זמני ההמתנה לניתוחים, והדבר נחוץ במיוחד לניתוחים שזמני ההמתנה להם ארוכים מאוד.

על משרד הבריאות לגבש תוכנית אב לאומית לפיתוח והצטיידות בכלל בתיה"ח המפעילים חדרי ניתוח, שתתבסס על מיפוי של כל עמדות הניתוח ועמדות ההתאוששות בבתיה"ח שבהם יש פער בין הרצוי למצוי, ולגבש תוכנית לסגירת הפערים.

שקיפות המידע על זמני המתנה לניתוחים חיונית לקידום תחרות בין בתיה"ח, שתוביל לשיפור ולייעול של תהליכי עבודתם. מומלץ שמשרד הבריאות יקבע שיטת מדידה אחידה לזמני ההמתנה לניתוחים וינחה את בתי החולים לפרסם את המידע על זמני ההמתנה בשיטה זו.

מומלץ כי משרד הבריאות יבחן עם משרד האוצר, נציבות שירות המדינה והאיגודים המקצועיים את עדכון התקינה לרופאים מרדימים, בהתאם למקובל במדינות מתפתחות ולמצבת הרופאים המרדימים הקיימת בבתיה"ח, ואת תקינת אחיות חדרי ניתוח הקיימת אל מול הצרכים המתעדכנים ואל מול איוש המשרות בפועל.



מידת תיקון עיקרי הליקויים מהדוח הקודם

| **הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פרק הביקורת** | **הליקוי/ההמלצה בדוח הביקורת הקודם** | **מידת תיקון הליקוי כפי שעולה בביקורת המעקב** | | | |
| **לא תוקן** | **תוקן במידה מועטה או חלקית** | **תוקן במידה רבה** | **תוקן באופן מלא** |
| משרד הבריאות כגוף עוקב ומפקח | למשרד הבריאות לא היה מידע מלא ואמין על הניצולת והתפוקות של חדרי הניתוח, והדבר פגע ביכולתו למלא את תפקידו כגורם המפקח. אמירתו המרכזית של המשרד בתשובתו לדוח הקודם הייתה שהוא יקים ועדה רב-תחומית שתמפה את ניהול התהליכים והתפעול של חדרי הניתוח, תגבש נהלים וסטנדרטים ותקבע תורת הפעלה סדורה. |  |  |  |  |
| מיצוי של חדרי הניתוח בבתיה"ח הממשלתיים ושל הכללית (תכנון, הקצאה, שיבוץ וביצוע) | מידת היעילות בוולפסון, בנהרייה ובבילינסון של הקצאת חדרי הניתוח למחלקות, התכנון בפועל של הניתוחים וניטור הביצוע של הניתוחים לעומת התכנון, לקו בחסר - הן בשל היעדר מערכת תומכת תהליך (בחלק מבתיה"ח הפעולות האמורות מתבצעות באופן ידני), והן בשל היעדר מדיניות של משרד הבריאות לאופן ההקצאה, לתכנון ולניצולת חדרי הניתוח הרצויה. |  |  |  |  |
| ביטול או דחייה של ניתוחים באופן בלתי צפוי | המשרד לא הגדיר מדד ייעודי לשיעור הניתוחים המבוטלים והנדחים, והוא גם אינו מחייב את בתי החולים לתעד אירועים כאלו; לכן לא היה למשרד מידע על היקף התופעה והוא לא ניתח אותה. גם לכללית לא היה מדד לביטולי ניתוחים. |  | **המשרד** | **הכללית** |  |
| ניצולת חדרי ניתוח בשעות אחר הצוהריים והערב | בתיה"ח הקטנים הפעילו רק מעט מחדרי הניתוח בשעות אחה"צ. |  |  |  |  |
| שלבים שלאחר הניתוח - התאוששות | ברוב בתיה"ח היחס בין מיטות ניתוח למיטות התאוששות היה נמוך בהרבה מהסטנדרט האמריקני והאירופי שאותו ישראל אימצה - יחס של 1.5 עד 2 עמדות התאוששות. |  |  |  |  |
| תורים לניתוחים | המשרד לא קבע תורה סדורה שעל פיה ינהלו בתיה"ח את תהליך קביעת התור לניתוח; זמני ההמתנה בבתיה"ח לא היו בני השוואה ולא היה ניתן לשקף מידע זה לציבור. |  |  |  |  |
| ממתינים יותר משנה בבתיה"ח של הכללית | הכללית קבעה יעד של עד 30% למדד של "ממתינים ללא תור" - כלומר מטופלים הממתינים לניתוח יותר משנה - אולם השיעור בבתיה"ח שלה היה גבוה מזה. |  |  |  |  |
| מערך כוח אדם בחדרי ניתוח | תקינת המרדימים נקבעה על בסיס מפתח תקינה שחדל להיות רלוונטי עם השנים; תקינת אחיות חדר הניתוח מיושנת וכללה מגוון מקצועות סיעוד; היה מחסור בסניטרים. |  |  |  |  |
| פיתוח מערכת ממוחשבת חדשה לבתיה"ח הממשלתיים והמערכות שבשימושם | כדי לנהל את מערך המדידה ולהפיק דוחות מנהלים פיתח המשרד מערכת ממוחשבת ייעודית (מודול BW). נמצא כי חלק מהתוצרים שהמודול הציג היו שגויים. למשרד לא הייתה גישה לבסיס הנתונים שעליו התבסס המודול והוא לא ביצע בקרה על הנתונים שבתיה"ח הממשלתיים מסרו לו. בכך נפגעה יכולתו לשמש גורם בקרה שבכוחו לנקוט צעדים לשיפור ולהתייעלות. |  |  |  |  |
| תוכנית אב לאומית של משרד הבריאות לפיתוח ולהצטיידות של חדרי ניתוח | לא הייתה למשרד הבריאות תוכנית אב לאומית רב-שנתית לפיתוח והצטיידות, והוא לא ביצע עבודת מטה שתכליתה לקבוע תוכנית אסטרטגית להערכת הצרכים העתידיים הנדרשים. |  |  |  |  |



חדר ניתוח בבית החולים וולפסון

סיכום

בדוח הקודם פורטו ליקויים בתחום הפעלת חדרי הניתוח בבתיה"ח, הן ליקויים בתחום אחריותו ופעילותו של משרד הבריאות, הן ליקויים בתחום אחריותם של בתיה"ח הממשלתיים והן ליקויים בתחום אחריותה של הכללית. בביקורת המעקב עלה שחלק מהליקויים תוקנו. למשל: משרד הבריאות פיתח מערכת BI, המספקת מידע ניהולי ותפעולי על חדרי הניתוח והקים ועדות לייעול הליכים בחדרי הניתוח; הכללית בנתה מדדים לביטול ולדחייה של ניתוחים והקימה מוקדי זימון תורים בבתיה"ח שלה. בד בבד, בביקורת המעקב נמצא כי חלק מהליקויים טרם תוקנו כך שעדיין יש חוסר מיצוי של חדרי הניתוח ושל מערך המשאבים הכרוך בהפעלתם - צוותים רפואיים, צוותי סיעוד וכוח עזר. גם תופעת הביטולים והדחיות של ניתוחים רווחת. כמו כן, מערך ניהול התורים לניתוחים אינו מנוהל באופן מיטבי.

על משרד הבריאות, הכללית ומנהלי בתיה"ח לפעול לתיקון הליקויים שטרם תוקנו מאז הביקורת הקודמת ולקדם תהליכים שתכליתם ייעול ושיפור מערך הפעלת חדרי הניתוח בישראל.

1. ראו **מבקר המדינה, דוח שנתי 67ב** (2017), בפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים", עמ' 316. [↑](#footnote-ref-1)
2. הסכם קיבוצי מיוחד שנחתם ב-22.9.96 אשר חל על מוסדות הכלולים בהסכמי השכר, קרי: הממשלה, שירותי בריאות כללית, ההסתדרות המדיצינית הדסה. [↑](#footnote-ref-2)
3. BW - Business Information Warehouse: כלי המאפשר אחזור של מידע לצורך בקרה על תהליכים והמאפשר תמיכה בקבלת החלטות. הכלי מתבסס על הנתונים שבמערכות התפעוליות של הארגון ומציג אותם באופן ויזואלי, למשל באמצעות גרפים, שעונים ומחוונים. [↑](#footnote-ref-3)
4. החטיבה אחראית לכלל בתי החולים הממשלתיים - כלליים, פסיכיאטריים וגריאטריים - והוקמה מכוח החלטת הממשלה 337 מאוגוסט 2015. [↑](#footnote-ref-4)