

## משרד הבריאות

### השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו

#### תקציר

##### רקע כללי

החובה להגן על כבוד האדם ולהימנע מלפגוע בו מעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. בעקבות שינויים חברתיים שבאו לידי ביטוי בחקיקה ובפסיקה, גובשה מסגרת חוקית המעגנת את זכויות החולה (להלן גם - מטופל). מטרת חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה), היא "לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו". החוק קובע בין השאר, כי החולה זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית והן מבחינת יחסי אנוש. החוק קובע גם הסדרים בדבר הסכמה מדעת לטיפול הרפואי, ניהול הרשומה הרפואית ומידע רפואי, סודיות רפואית, ועדות בדיקה ואתיקה ומינוי אחראי לזכויות החולה.

אחת מהנחות היסוד בשמירה על כבודו ועל זכויותיו של החולה היא, שקידום ערך כבוד האדם אינו בגדר "מותרות" אלא גורם חשוב ביותר שהוא חיוני להחשת החלמתו של החולה, משפיע לטובה על מדדים רפואיים, ומשפר את היכולת להעניק לו רפואה מיטבית.

משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) פרסם בשנת 2013 אמנת שירות שבה נקבע שהוא מתחייב "לפעול מתוך רגישות ואמפתיה לצרכיו של הפונה, ולנהוג בחמלה במקום בו היא נדרשת, להקשיב לציבור הלקוחות ולהתחשב בעמדותיו בעת קבלת החלטות רלוונטיות לגביו".

### פעולות הביקורת

בחודשים ינואר-אוגוסט 2014 בדק משרד מבקר המדינה את אופן שמירת זכויות החולה וכבודו בבתי החולים הכלליים. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: סדרי הטיפול של משרד הבריאות בנושא הבטחת זכויות החולה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק או חוק ביטוח בריאות) וחוק זכויות החולה; השמירה על כבודו; השירות שניתן לחולה; איכות הטיפול והשירות הרפואי; הפעולות שנעשות בבתי החולים בנוגע להטמעת חוק זכויות החולה. הבדיקה נערכה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים והממשלתיים-עירוניים ובבתי החולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית). בירורים נעשו בבתי חולים ציבוריים אחרים ובבתי ספר לרפואה. הבדיקה התמקדה בטיפול בפונים למלר"דים (מחלקות לרפואה דחופה - דהיינו חדרי המיון) ובמאושפזים, בעיקר במחלקות הפנימיות. שאלונים נשלחו ל-19 בתי החולים הכלליים הממשלתיים ולבתי החולים של הכללית.

### הליקויים העיקריים

#### אי-הקפדה על קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי

לפני כל מתן טיפול רפואי חובה על המטפל לקבל מהחולה הסכמה מדעת לטיפול בכתב, בעל פה או באמצעות התנהגות. ואולם, עקב עומס עבודה אין לחברי הצוות הרפואי פנאי למסור מידע רפואי מלא ומפורט והם מוסרים מידע חלקי ב"חפזה", ולעתים חולים מתבקשים לחתום על טופס ההסכמה מדעת סמוך לביצוע הניתוח.

#### אי-התכנסות של ועדות אתיקה בבתי החולים

הביקורת העלתה כי ב-18 בתי חולים מונו ועדות אתיקה שתפקידן לדון בסוגיות רגישות שיש להן השפעה ישירה על זכויות החולה, כמו למשל אי-מסירת מידע רפואי מסוים למטופל; אישור לטיפול רפואי במטופל ללא הסכמתו בנסיבות שבהן נשקפת לו סכנה חמורה; אישור מסירת מידע רפואי לגורם אחר. למרות זאת התכנסו ועדות האתיקה פעמים ספורות בלבד בשנת 2013. משרד הבריאות ובתי החולים לא ניתחו את הסיבות למיעוט הפניות לוועדות האתיקה. מכך עולה לכאורה מסר שהנושא אינו חשוב דיו.

**קושי בפעילות של ועדות בדיקה, ועדות בקרה ואיכות ויחידות לניהול סיכונים**

התברר כי רוב בתי החולים נמנעים מהקמת ועדות בדיקה שתפקידן לבדוק תלונה של מטופל או אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי, ובמקום זה מקיימים בירורים פנימיים לצורך הפקת לקחים סמוך למועד האירוע. הגורם לכך הוא היעדר חיסיון על המידע שעשוי לעלות בדוחות של ועדות בדיקה אלה וחשש מתביעות רשלנות. משום כך אי-אפשר לקיים תחקירים מעמיקים ומפורטים כדי לרדת לשרש האירוע החריג או לברר את תלונות המטופלים. הדבר פוגע בזכויות המטופלים ואינו מאפשר הפקת לקחים ושיפור תהליכים. משרד מבקר המדינה העיר על כך כבר בשנת 2012<sup>1</sup>.

**טעויות ברשומות הרפואיות של החולים המאושפזים**

לעתים נעשות טעויות בסיכומי המחלה ובסימולי הקודים של האבחנות הרפואיות שכתבו הרופאים בבתי החולים. עקב כך חולה שהשתחרר מאשפוז ומגיע למרפאה בקהילה להמשך טיפול עם המסמכים השגויים שקיבל מבית החולים, עלול לקבל טיפול שאינו מתאים לצרכיו הרפואיים. עוד עולה כי תיקי האשפוז נבדקים זמן רב לאחר שהחולה השתחרר מאשפוז, ואם נעשה תיקון בטופסי השחרור, חלק מבתי החולים אינם מביאים זאת לידיעת קופות החולים או החולים. נוסף על כך עלה שחלק מבתי החולים בודקים רק את הרשומה הרפואית הנוגעת למחלקות הכירורגיות לצורך קבלת תשלום מקופות החולים בגין ניתוחים ופעולות כירורגיות אחרות.

1 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012), בפרק "תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדין המשמעותי במערכת הבריאות", עמ' 195.

### תנאי אשפוז לא מספקים בבתי החולים הכלליים

עלה כי ב-18 בתי החולים שנבדקו כבוד החולה וזכויותיו אינם נשמרים כראוי עקב תנאי אשפוז גרועים שפוגעים גם ביכולת לתת לחולה טיפול רפואי נאות.

שיעור התפוסה בבתי החולים בישראל גדול יחסית לשאר מדינות ה-OECD<sup>2</sup>. בגלל שיעור התפוסה הגדול (140% ואף יותר), חולים אושפזו במסדרונות, במעברים ובחדרי האוכל, ללא וילון או פרגוד, חשופים לציבור החולים האחרים והמבקרים במחלקה. אשפוז בתנאים אלו אינו מאפשר לשמור על פרטיות החולה ופוגע גם בכבודו. אשפוז בתנאי צפיפות גורם להגדלת העומס המוטל על הצוות הרפואי ולהגברת סכנת ההידבקות של חולים בזיהומים, ובהם זיהומים שמקורם בחיידקים עמידים לתרופות אנטיביוטיות. נוסף על כך - מספר המיטות לאשפוז כללי בישראל קטן במידה ניכרת ממספרם הממוצע במדינות ה-OECD. זהו אחד הגורמים לכך שמשך האשפוז הממוצע בישראל קצר יחסית למדינות אלה, שכן החולים משתחררים מבית החולים זמן קצר לאחר אשפוזם לפני שמוצה הטיפול הרפואי, והדבר פוגע ביכולת לתת לחולה טיפול רפואי נאות ולשמור על זכויותיו.

לעתים אשפוז החולים מתארך בשל ניתוחים שנדחו ברגע האחרון, ויש שחולים ממתניים כמה ימים במחלקות האשפוז לקראת ביצוע בדיקות שונות (דימות למשל). האשפוז הממושך חושף את החולים לסיכונים מיותרים, והדחייה גם עלולה להגביר את החרדה לקראת הניתוח או הבדיקה.

הועלה הצורך בשיפור אופני העברת המידע בין הצוות המטפל לבין החולה ובני משפחתו.

שירותים רפואיים הניתנים במסגרת "תיירות רפואית" פוגעים לעתים בשירות הרפואי הניתן לתושבי המדינה.

קיים מחסור במאות מיטות לטיפול נמרץ, והזקוקים למיטות אלה מועברים לאשפוז במחלקות אחרות המתאימות להם הרבה פחות ואינם מקבלים את הטיפול וההשגחה שהם זקוקים להם. לפי נתוני ההסתדרות הרפואית (להלן גם - הר"י) יותר מ-500 חולים מוגדרים ב"סיכון מוגבר למות" בשל מחסור במיטות אלה.

בכמה מחלקות פנימיות ומלר"דים נצפה לכלוך בסביבת החולים בשעות שונות ביממה.

2 נתונים השוואתיים על מערכות הבריאות ב-34 המדינות החברות בארגון המדינות לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי - ארגון ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), 2012. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

**עומס עבודה בבתי החולים**

כדי לאפשר טיפול רפואי נאות בחולה יש צורך בכוח אדם רפואי וסיעודי בהיקף סביר. תקן כוח האדם הרפואי והסיעודי חושב לפני שנים רבות ויש לבחון אותו מחדש. בביקורת עלה שיש מחסור ברופאים פנימאים וברופאים גריאטריים והדבר מטיל עומס עבודה על הרופאים המטפלים במחלקה, וברוב המחלקות הפנימיות שיעור המשרות המאושות בפועל של אחיות קטן מהנדרש בתקן. העומס על האחיות במחלקות הפנימיות גורם לעיכוב בתגובתן לקריאות החולה ובטיפול בו דבר הפוגע לעתים בכבודו של החולה ואף עלול לפגוע בבריאותו.

המשרד לא קבע לבתי החולים תקנים של עובדים סוציאליים וכן תקנים למקצועות הבריאות השונים, כגון פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטניות וקלינאיות תקשורת. עקב מחסור בעובדים אלה לא ניתן לתת טיפול ראוי למרבית החולים הזקוקים לו, ולכן האחיות נאלצות למלא חלק מהמשימות של אותם עובדים והדבר מגדיל את העומס המוטל עליהן.

**אי-קביעה של משך ההמתנה המרבי בחדרי המיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים**

בביקורת עלה כי חולים שפנו לחדר המיון שהו בו מרגע הגעתו ועד סיום הטיפול והשחרור לביתם כמה שעות, ולעתים אף יותר מ-15 שעות. משרד הבריאות לא קבע את משך ההמתנה המרבי של הפונים לקבלת שירותים במלר"ד, על אף שמשרד מבקר המדינה כבר המליץ על כך בשנת 2010<sup>3</sup>. רק בית חולים אחד קבע פרקי זמן כאלה.

קשישים הפונים למיון בבית חולים במרכז הארץ עקב חבלת ראש בגין נפילה, משוחררים לביתם לאחר כ-6.1 שעות בממוצע לעומת כ-3.6 שעות בבתי החולים בפריפריה.

נוכחות רופא מומחה במחלקה לרפואה דחופה מאפשרת לתת אבחון מידי ולקצר את זמני השהייה. בפועל - רופאים מומחים לרפואה דחופה מאיישים בדרך כלל רק את משמרת הבוקר במלר"ד, ובהיעדרם ממלאים את מקומם רופאים מומחים ומתמחים ממחלקות שונות בבית החולים. מנהלי מלר"דים מסרו כי לדעתם יש חולים שנפטרים או נהפכים לנכים בגלל אי-זיהוי מידי של הבעיה שממנה סבלו, וזאת בשל היעדר רופאים מומחים לרפואה דחופה במלר"דים.

3 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 60ב (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441, בו צוין כי עקב חוסר מקום במחלקות האשפוז בבתי חולים מסוימים שהו פונים במלר"ד אף כמה יממות.

### אי-שמירה על רצף טיפולי - העברת מידע ממוחשב מבתי החולים למרפאות הקופות בקהילה

רק בכללית פעלה בעת הביקורת מערכת מידע מקוונת משולבת שבאמצעותה מועבר מידע בזמן אמת באופן מידי על כל מבוטחיה, מבתי החולים של הכללית, מבתי החולים הממשלתיים ומבתי חולים ציבוריים אחרים למרפאות הקהילה של הכללית. אשר לשלוש הקופות האחרות שבהן מבוטחים כמחצית (כ-47%) מתושבי ישראל - עלה כי במכבי פעלה מערכת כזו באופן חלקי, ואילו במאוחדת ולאומית, לא הועבר מידע מקוון באופן מידי ומלא מכל בתי החולים אל מרפאות הקהילה שלהן או לרופא המטפל. בכך עלול להיפגע הרצף הטיפולי התלוי בהעברת המידע הרפואי בין מטפלים.

### ההמלצות העיקריות

על משרד הבריאות לשים לו למטרה לקדם ביתר שאת את הטמעת ערך כבוד האדם במוסדות הבריאות כערך מכונן, על ידי תרגומו לנורמות בסיסיות של התנהגות בין אדם לאדם בבתי החולים, שיביאו שינוי התנהגותי במציאות היומיומית בבתי החולים. להטמעת ערך זה תהיה השפעה על החשת החלמת החולה, שכן היא תביא להגברת היעילות הרפואית ולשיפור בטיחות החולה והיכולת להעניק רפואה מיטבית.

על משרד הבריאות לבחון אם יש צורך לשנות את החוזר שהפיץ בנוגע לאופן ולהליכים של מסירת מידע למטופלים לשם קבלת הסכמה מדעת. מן הראוי לשקול הכנה של מאגר ממוחשב ומבוקר של טפסי הסכמה מדעת בשפות שונות שבתי החולים יוכלו להשתמש בו. על המשרד לבדוק נושא זה במסגרת הבקורת שהוא מבצע.

על משרד הבריאות לבצע עבודת מטה שבה ייבחנו המשימות של בעלי התפקידים השונים בבתי החולים שאינם מתוקננים (העובדים הסוציאליים, העובדים השונים במקצועות הבריאות וכן המזכירות הרפואיות ואחרים) כדי לקבוע מהו היקף המשרות הדרוש בכל תחום שיאפשר לתת טיפול נאות לחולים. בהתאם לכך עליו להכין תכנית רב-שנתית שתאפשר לתת לחולים את מלוא השירותים הנדרשים. לאחר מכן עליו להנחות את בתי החולים להעסיק את בעלי התפקידים בהיקף שיאפשר לעמוד בכל המשימות. גם בתי החולים עצמם צריכים לבחון כיצד ניתן לספק את צורכי החולים באופן יעיל יותר, ולמצוא דרכים שיאפשרו להעביר לחולים באופן שגרתי מידע על כל האמצעים העומדים לרשותם למיצוי זכויותיהם.

על משרד הבריאות לקיים מהלך הסברתי לציבור שבו יבהיר לו את התנאים בחוק זכויות החולה המאפשרים לחולה לקבל מהצוות הרפואי מידע על מצבו הבריאותי. גם בתי החולים נדרשים להקפיד על האמור בחוק זה ולמסור מידע רפואי רק למי שרשאי לקבלו. על משרד הבריאות ובתי החולים לפעול כדי להגן על הסודיות הרפואית של החולה המאושפז, הן באמצעים פיזיים והן באמצעות הגברת ההסברה לצוותים הרפואיים.

על משרד הבריאות לבחון כיצד ניתן לצמצם את זמני השהייה במלר"דים. מן הראוי לבדוק למשל, בתיאום עם הגופים המקצועיים, את האפשרות לאצול לאחיות את הסמכות לבצע מטלות כמו הפניה לבדיקות והדמיות מסוימות המוטלות כיום על רופאים. כך ייחסך זמן רב משום שכשהרופא יגיע לבדוק את החולה כבר יהיו בידו נתונים רלוונטיים על מצבו הרפואי.

על משרד הבריאות, הכללית וכל בתי החולים לוודא שהמידע ברשומה רפואית של כל חולה יהיה נכון ומלא. יש לתקן את הטעויות שנמצאו ברשומה הרפואית סמוך ככל האפשר למועד שחרור החולה, כדי שניתן יהיה לעדכן את הרופא המטפל בקהילה במועד. כמו כן, חשוב במיוחד שמכתבי השחרור בכל המלרד"ים המטפלים בכשלושה מיליון חולים בשנה יהיו מודפסים, שכן לעתים מכתבים כתובים בכתב יד אינם קריאים.

נוכח החשיבות של הטיפול המידי בחולים מסוימים לאחר האשפוז - על מאוחדת ולאומית לפעול בהקדם האפשרי להפעלת מערכת מקוונת שתעביר את המידע על כל מבוסחיהן המשוחררים מבית החולים למרפאות הקהילה ולרופא המטפל, כדי שניתן יהיה לעקוב מיד אחר החולים המורכבים.

### סיכום

בשנת 1996 נחקק בישראל חוק זכויות החולה. מטרתו לקבוע את זכויותיו של אדם שמבקש או מקבל טיפול רפואי ולהגן עליהן ועל כבודו. לשם כך יש לתת לו טיפול רפואי נאות ותנאי אשפוז ראויים ולספק לו מידע מלא על מחלתו, על אפשרויות הטיפול השונות ועל זכויותיו. כבוד החולה - ככבודו של כל אדם, הוא ערך חברתי ומוסרי שמתבטא, בין היתר, ביחס שמעניקים בעלי תפקידים לכל פרט בציבור.

בביקורת עלה כי כמעט 20 שנה לאחר חקיקת חוק זכויות החולה יישומו של החוק לוקה בחסר. דוח זה מעלה ליקויים המעידים שזכויותיו, כבודו ופרטיותו של החולה נפגעים, על אף הפעילות שמקיים המשרד לשיפור המצב, בעיקר עקב תנאי אשפוז לא ראויים. שיעור תפוסת מיטות האשפוז בישראל גדול מאוד, עומס עבודה רב מוטל על הרופאים, ואף יש מחסור חמור באחיות, בעובדים סוציאליים ובעובדים במקצועות הבריאות והאחרים, שאינו מאפשר מתן טיפול נאות ושמירה על כבודם וזכויותיהם של המאושפזים.

על משרד הבריאות והנהלות בתי החולים לקדם מהלך שיגביר את המודעות של הצוות המטפל ושל הציבור לחשיבות השמירה על זכויותיו, כבודו ורווחתו של החולה המאושפז כדי שיפעלו ליישומם.

דוח ביקורת זה עוסק בבתי חולים כלליים. ראוי שמשרד הבריאות ישקול להחיל את ההמלצות המובאות בו על כל מערכת הבריאות, כך שהטיפול הרפואי והתומך יינתן ברמה נאותה ומספקת.



## מבוא

החובה להגן על כבוד האדם ולהימנע מלפגוע בו מעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. סעיף 2 לחוק היסוד קובע, כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". סעיף 4 לחוק היסוד קובע, כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו". סעיף 11 לחוק היסוד מטיל על כל רשות מרשויות השלטון חובה מפורשת "לכבד את הזכויות שלפי חוק-יסוד זה". לא ניתן לפגוע בזכות לכבוד ובזכויות האחרות המוגנות בחוק היסוד אלא בחוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה ובמידה שאינה עולה על הנדרש, כקבוע בסעיף 8 לחוק היסוד. התפיסה בדבר חשיבותן של זכויות האדם במדינת ישראל באה לידי ביטוי גם בתחום הרפואה, ובייחוד בכל הקשור ליחס לחולה. ואכן "מקורה של המגמה המציבה את החולה במרכז ההוויה הרפואית, במודעות הולכת וגדלה לזכויות היסוד של האדם ולצורך בהגנה עליהן בכל תחומי החיים"<sup>4</sup>.

בית המשפט העליון קבע: "לזכותו של אדם לכבוד ולאוטונומיה יש חשיבות רבה בסיטואציה של טיפול רפואי. אכן, הטיפול הרפואי מצוי בגרעין הקשה של זכותו של כל אדם לשלוט בחייו. עשויה להיות לו השפעה ישירה, ולא פעם בלתי הפיכה, הן על אורך חייו והן על איכות חייו. בהתאם לכך, נגזרה מזכותו של אדם לאוטונומיה זכותו לקבל מידע על טיפול רפואי אותו קיבל בבית חולים... באותה הרוח, נקבע כי אין ללחוץ על אדם להחליט על ביצוע ניתוח בגופו אשר אין הוא חפץ בביצועו, בין בדרך ישירה ובין בדרך עקיפה של הפחתת סכום פיצויים לו הוא זכאי... זאת, נוכח התפישה שלפיה... ניתוח רפואי מהווה פגיעה בגופו של אדם, ויש להשאיר לאדם אוטונומיה על גופו להחליט אם הוא חפץ בפגיעה זו... אכן, זכותו של החולה לטרב לטיפול, גם אם יתרונותיו עולים על חסרונותיו, וסיכויי גוברים על סיכוניו. מרכז הכובד בהחלטה על ביצוע טיפול רפואי טמון בכיבוד זכויותיו של החולה כאדם - ובמיוחד הזכות לכבוד ולאוטונומיה, שעמדת עליה - ופחות בתוצאה הרפואית של החלטתו"<sup>5</sup>.

בדברי ההסבר להצעת חוק זכויות החולה ניתן ללמוד על רוח החוק וכוונתו: "מזה זמן רב הוכר הצורך בהסדרת זכויותיהם של חולים ומטופלים למיניהם והתגבשה הדעה כי הגיעה העת לעגן בחוק זכויות אלה. שהרי מדובר באנשים שמפאת מצבם המיוחד הם חשופים לפגיעה בזכויותיהם הבסיסיות הן מבחינה חוקית והן מבחינה אנושית. אנשים אלו נתונים במצב של תהיה ואי ודאות, בהרגשה של תלות במטפלים ובמוסדות המטפלים ובתנאים של לחץ נפשי. גמלה, אפוא, ההכרה כי יש להבטיח למטופלים גישה אנושית נאותה ומתחשבת".

מטרת חוק זכויות החולה היא "לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו". החוק קובע בין השאר, כי החולה זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש. עוד קובע החוק הסדרים בנושאים אלה: איסור הפליה במסגרת טיפול רפואי, הזכות לקבל מידע על זהות המטפל, הזכות לקבלת חוות דעת רפואית נוספת, הבטחת המשך טיפול נאות, קבלת מבקרים, שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל, טיפול רפואי במצב חירום רפואי או במצב של סכנה חמורה לחיי המטופל, בדיקה רפואית בחדר מיון. החוק קובע גם הסדרים בדבר הסכמה מדעת לטיפול רפואי, ניהול הרשומה הרפואית ומידע רפואי, סודיות רפואית, ועדות בדיקה, ועדות אתיקה וועדות בקרה ואיכות ומינוי אחראי לזכויות החולים והמטופלים.

חוק ביטוח בריאות קובע, כי כל תושב זכאי לשירותי בריאות, וכי שירותי הבריאות הכלולים ב"סל שירותי הבריאות" יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים. עוד קובע החוק, כי שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על

4 ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים כרמל, בחיפה נגד (4) 526, 611 (1999) (להלן - פס"ד דעקה).  
5 שם, עמ' 572.



הסודיות הרפואית. בחוק הוקנתה לתושבי ישראל הזכות לקבל שירותים רפואיים ובהם: ביקורים במרפאות; אשפוז בבתי חולים להתייעצות, אבחון וטיפול; פעולות ניתוחיות; בדיקות מעבדה, טיפול במקצועות פרה-רפואיים, גריאטריה, שיקום ותרופות.

"בתי חולים הינם מוסדות ציבוריים אליו פונה האזרח, מתוקף אילו, כשהוא שרוי במצב פגיעות, חולשה ומכאוב וזקוק לסיוע. בהיקלטו בבית החולים, מתנתק החולה מסביבתו הטבעית, מהקרובים לו ומרבים מתפקידי החיים שלו. הוא נתון במצוקה, לעתים חסר ישע ממש, ובכל מקרה זקוק לתמיכה וסיוע". תהליך האשפוז כולל פעולות שכרוכות בהפשטה פיזית וחשיפה עצמית, אף נפשית, בפני אנשים זרים. היחס חולה-צוות מטפל מאופיין כמצב של תלות, א-סימטריה ונחיתות של החולה. מצב זה יוצר מבחינת החולה תחושה של חוסר ישע ואובדן שליטה ויכולת לפעול על בסיס רצון אוטונומי. מבחינת הצוות המטפל, הוא מעמיד את המטופל במצב שבו כבודו האנושי, כאדם יחיד ומיוחד, ובמלוא המשמעות של הביטוי, אינו מובן מאליו. תנאים אלו מחייבים הגנה ביתר שאת על כבוד האדם בשל פוטנציאל הפגיעה הגבוה בו, גם אם לא באופן מכוון, ודווקא משום שחלק ניכר מן הפגיעות האפשריות בו אינן מכוונות, ואף אינן מודעות".<sup>7</sup>

אחת מהנחות היסוד בשמירה על כבוד החולה וזכויותיו היא כי קידום הערך של כבוד האדם אינו בגדר מותרות, אלא גורם חיוני רב-חשיבות להחשת החלמתו של החולה; יחסי אנוש טובים בין הצוות הרפואי לחולים - הבאים לידי ביטוי באמצעות טון דיבור, שפת גוף, בחירת מילים רגישה, פתיחות והקשבה, מתן תשומת לב ומידע והימנעות מיחס אדנותי - משפיעים לטובה על רווחת החולה. טיפול רפואי ראוי הוא אפוא טיפול רחב, מקיף ועמוק יותר מעצם הביצוע של פרוצדורות רפואיות במובן הצר".<sup>8</sup>

גם תפיסה מודרנית של מינהל ציבורי שמה דגש מרכזי על פישוט הבירוקרטיה ומתן שירות ראוי לאזרח. כבר בשנת 2010 קבע משרד הבריאות כיעד בתכנית העבודה שלו<sup>9</sup>, את חיזוק בתי החולים הציבוריים ובמסגרתו - שיפור השירות לחולה בבתי החולים הציבוריים בדגש על הטבת תנאי האשפוז; קיצור התורים במערכת הרפואית; הפחתת הבירוקרטיה והסכול בתהליך מתן השירות הרפואי. המשרד פרסם בשנת 2013 אמנת שירות ולפיה משרד הבריאות אחראי לבריאות העם, וכל פעולותיו נועדו לקידום הבריאות ולהבטחת רפואה איכותית, שוויונית, יעילה ובטוחה. עוד קובעת האמנה, כי המשרד מתחייב "לפעול מתוך רגישות ואמפתיה לצרכיו של הפונה, ולנהוג בחמלה במקום בו היא נדרשת, להקשיב לציבור הלקוחות ולהתחשב בעמדותיו בעת קבלת החלטות רלוונטיות לגביו".

בחדשים ינואר-אוגוסט 2014 בדק משרד מבקר המדינה את אופן שמירת זכויות המטופל וכבודו בבתי החולים הכלליים (הממשלתיים ושל הכללית). נבדקו בעיקר הנושאים האלה: סדרי הטיפול של משרד הבריאות בנושא הבטחת זכויות החולה על פי חוק ביטוח בריאות וחוק זכויות החולה; שמירה על כבודו; השירות שניתן לחולה; איכות הטיפול והשירות הרפואי; ופעולות בתי החולים הנוגעות להטמעת חוק זכויות החולה. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים והממשלתיים-עירוניים ובבתי החולים של הכללית. בירורים נעשו בבתי חולים ציבוריים אחרים ובבתי ספר לרפואה. הבדיקה התמקדה בטיפול בפונים למלר"דים (חדרי המיון)

6 "תהליכי הקליטה והאשפוז כוללים, למשל, לבישת פיג'מה אחידה, ענידת צמיד זיהוי והם מאופיינים בבירוקרטיה מרובה ובפעולות שעלולות להיות כרוכות בפגיעה בכבוד החולה, כגון: היעדר הזדהות של הגורמים המטפלים, היעדר הקשבה, רגישות ותשומת לב אישית, היעדר שמירה על פרטיות המטופל ואדישות (ובמקרים חמורים אף לעג) לסבלו".  
7 המכון הישראלי לדמוקרטיה, "כבוד האדם - ערך מכוון התנהגות בבתי החולים בישראל: הצעה לנושא דגל של משרד הבריאות לשנת 2014", פברואר 2014.  
8 ריבלין אליעזר (2013), "הנפקות הנוזיקית של 'נימוסי אשפוז' גרועים", בתוך: אשר גרוניס, אליעזר ריבלין, מיכאל קרייני (עורכים), ספר שלמה לוי (2013).  
9 עיקרי תכנית מדיניות הבריאות, מטרות-העל 2011-2014.

ובמאושפזים, בעיקר במחלקות הפנימיות. שאלונים נשלחו ל-19 בתי החולים הכלליים הממשלתיים ולבתי החולים של הכללית.

## שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות

1. משרד הבריאות פרסם בפברואר 2013 נוהל בנושא "שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות"<sup>10</sup>. בנוהל נאמר, כי "חוויית המטופל משקפת את האופן בו המטופל תופס את מכלול ההתנסויות שלו עם מערכת הבריאות לאורך רצף הטיפול. חוויה זו מושפעת ממכלול המפגשים בין המטופל למטפלו, מציפיות המטופל ממערכת הבריאות ומהתרבות הארגונית בכל אחת מהמסגרות איתן בא המטופל במגע".  
הנוהל קבע, כי יש למסד מנגנון לבקרה ומדידה קבועה של חוויית המטופל, והנושא ישולב במערך מדדים שמשרד הבריאות יבחן באופן קבוע באמצעות סקרים עתיים.  
בחודשים יוני-אוגוסט 2014 ערך משרד הבריאות סקר שביעות רצון לאומי במערכת האשפוז. לאחר סיום הביקורת בנובמבר 2014 סוכמו תוצאות הסקר ופורסמו באתר האינטרנט של המשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה יש לראות בחיוב את העובדה שמשרד הבריאות ערך סקר לבדיקת שביעות הרצון ממערכת האשפוז, שכן הדבר עשוי לסייע למקבלי ההחלטות להבין את חוויית המטופל מרמת השירות והטיפול שהוא מקבל במחלקות האשפוז ולשקף כשלים בפרמטרים אלו. על המשרד לסיים את התהליך שבו החל, לנתח את ממצאיו ולקבוע כיצד יש לטפל בליקויים שעלו בבדיקותיו. תוצאות הסקר יכולות לשמש בסיס יחוס לסקרים הבאים.

2. לנוכח הצורך להבטיח שחוויית המטופל תהיה חיובית, יש לכלול תחום זה בתכנית הלימודים להכשרת הצוות בבית החולים - רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ועובדים במקצועות הבריאות, כגון פיזיותרפיסטים, דיאטנים וכוח עזר. הנוהל נתן לכך ביטוי וקבע, כי יש לשלב את הנושא בתכנית הלימודים של בתי הספר לרפואה<sup>11</sup> בתיאום עם משרד הבריאות.

ואולם, בבירור שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה עם כמה דיקנים של בתי ספר לרפואה עלה, כי באוגוסט 2014 משרד הבריאות עדיין לא פנה אליהם במטרה לוודא שהם כוללים תחום זה בתכנית הלימודים שלהם. עוד עלה, כי למשרד הבריאות אין תכנית הכשרה מיוחדת בנושא למי שלא סיים את לימודיו בארץ.

10 משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי מס' 6/13 (10.2.13).  
11 במועד סיום הביקורת פועלים בישראל חמישה בתי ספר לרפואה.

לדעת משרד מבקר המדינה, התוצאות של סקר שביעות הרצון והמסקנות שיוסקו לפיהן, והמדיניות של משרד הבריאות בנוגע לצורך בשמירה על זכויות החולה - מחייבות אותו לפעול בעניין. על המשרד לפעול בתיאום עם בתי הספר לרפואה, לבחון אפשרות לשלב בתכנית הלימודים שלהם את הנושא של מערכת היחסים שבין הצוות הרפואי למטופלים והבטחת זכויות החולה במערכת הבריאות. כמו כן ראוי שהמשרד ייתן דעתו לצורך בגיבוש תכנית הכשרה מיוחדת למי שלא סיים את לימודיו בארץ וגם לצורך בהכשרת הצוות כולו ולא רק הכשרת הרופאים.

## מדדים לבחינת איכות הטיפול הרפואי

חוק ביטוח בריאות קובע, כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו באיכות סבירה. גם בחוק זכויות החולה ששם את הדגש על טובתו של הפרט - החולה - נקבע (בסעיף 5), כי מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות<sup>12</sup> מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית. משרד הבריאות קבע, כי היכולת למדוד את איכות הטיפול הרפואי באמצעות מערך מדדים מוסכם היא חיונית לשיפור האיכות במישור הלאומי, ואחד מיעדי המשרד הוא פיתוח המדדים.

מדד איכות ברפואה מבטא באופן כמותי היבטים בתחום הבריאות הנוגעים לאוכלוסייה מוגדרת בנקודת זמן מסוימת כגון - תחלואה, דרכים למניעתה וטיב הטיפול ותוצאותיו. המשרד קבע כמה סוגי מדדים כמו: מדדי תהליך שבוחנים את מידת תרומתן של פעולות רפואיות שנקטו להשגת היעד הרצוי (האם ננקטו הפעולות המתאימות ומה היה טיב ביצוען); מדדי תוצאה שנועדו לשקף את תוצאות הטיפול הניתן לחולה, כגון שיעורי התמותה לאחר ביצוע פרוצדורה מסוימת ושיעורי ההידבקות בויהומים נרכשים<sup>13</sup>; מדדי תשתית ומבנה למשאבים הפיזיים.

בינואר 2013 השיק משרד הבריאות תכנית לאומית להטמעת מדדי איכות בבתי חולים. את התכנית מוביל מינהל איכות ושירות במשרד, והיא נועדה לקדם את ניטור האיכות בכל בתי החולים. לתכנית מונתה, מתוקף התקנות, ועדה מייצעת למדדי איכות (להלן - הוועדה המייצעת) שתפקידה לייעץ למנכ"ל בנושא הגדרת מדדי האיכות והמידע הנדרש לצורך המדידה; לקבוע יעדים לעמידה בכל אחד מהמדדים ולהמליץ בנוגע לניתוח המידע שהתקבל; לסייע לו בנייתו ממצאי הניטור.

מדדי האיכות בבתי החולים הכלליים נמדדים מתוקף תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2012, בעזרת הוועדה המייצעת. התקנות קובעות, כי ממצאי המדידה יפורסמו בקרב הציבור הרחב.

לאחר מועד סיום הביקורת, באוקטובר 2014, קבע המשרד עשרה מדדי איכות לבתי החולים<sup>14</sup>. כל המדדים שנקבעו הם מדדי תוצאה, לדוגמה: שיעור המטופלים המגיעים לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ומנותחים בתוך 48 שעות מרגע ההגעה; שיעור הצנתורים הטיפוליים הדחופים שבוצעו במטופלים שהגיעו לבית החולים עם אוטם לבבי מסוג מסוים בתוך 90 דקות מרגע הכניסה לבית החולים; שיעור החולים שלקו באירוע חד במוח שנבדקו בבדיקת CT/MRI ראש בתוך 25

- 12 לפי נייר עמדה של הר"י משנת 2001, המענה לשאלה אם טיפול שניתן היה נאות ניתן על פי מבחני הסבירות, כלומר - יש לבחון כיצד היה נוהג הרופא הסביר בנסיבות אלה.
- 13 זיהום שחולה נדבק בו בעת אשפוזו בבית החולים.
- 14 התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים בישראל, תוספת מדדים לשנת 2014, עדכון מדדים לשנת 2013, מינהל איכות ושירות, האגף להבטחת איכות.

דקות מרגע הכניסה לבית החולים. המשרד מסר למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת, כי כוונתו לקבוע עוד עשרות מדדים, ועדיין לא גובשה תכנית כוללת.

מאחר שנמדדים רק מדדי האיכות של חלק מהטיפולים הרפואיים, עלול הדבר לגרום לכך שרוב המשאבים יוקצו לשיפור איכות הטיפולים שנבדקו על חשבון שאר הטיפולים, ובכללם טיפולים חיוניים שלגביהם עדיין אין מדדים, ולפגוע בכך באיכות הטיפולים הללו. לדעת משרד מבקר המדינה, כדי להבטיח את איכות הטיפול הרפואי, על המשרד לגבש בהקדם תכנית שלמה לשימוש במדדי האיכות, למפות את כל התחומים שאותם יש לנטר ולהעריך, לקבוע לוח זמנים ליישום המדדים ולהפעיל בקרה הולמת על מדידת האיכות. הדבר נועד להבטיח שחולים יקבלו טיפול רפואי נאות, לאתר את נקודות התורפה באיכות הטיפול ולפעול לשיפורו. במסגרת קביעת מדדי האיכות יש להביא בחשבון את הצורך לשמור על זכויות החולה, כבודו ופרטיותו בהתאם להוראות הדין והנחיות המשרד. על המשרד לכלול גם תחום זה בין המדדים ולפרסם לציבור גם את ממצאי מדדי האיכות בענייניו. יהיה בכך גם כדי לעודד את בתי החולים לשפר את הישגיהם בתחום זה.

## מידע בדבר זהות המטפלים

חוק זכויות החולה קובע, כי מטופל זכאי למידע על זהותו ותפקידו של כל אדם שמטפל בו. הוראות המשרד<sup>15</sup> משנת 2001 קובעות, כי כל עובד במערכת הבריאות יישא על בגדיו תג זיהוי ובו פרטיו במקום בולט, וכן עליו להזדהות בשמו ובתפקידו לפני כל מטופל לפני תחילת הטיפול.

ואולם, מנתונים שמסרו בתי החולים למשרד מבקר המדינה עלה, כי כ-20% מאנשי הצוות הרפואי (רופאים ואחרים) אינם מזדהים לפני החולים בשמם ובתפקידם. על משרד הבריאות לדרוש מבתי החולים להטמיע בקרב הצוותים הרפואיים את הצורך לקיים את הוראות החוק והוראות המשרד בעניין זה, ועל בתי החולים לנקוט פעולות סדירות ליישום ההנחיה האחרת.

## קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי

חוק זכויות החולה וכן חוזר המשרד שנקבע על בסיס חוק זה<sup>16</sup> קובעים, כי לפני כל מתן טיפול רפואי חובה על המטפל לקבל מהחולה הסכמה מדעת לטיפול בכתב, בעל פה או באמצעות התנהגות. ההסכמה לטיפולים מסוימים חייבת להינתן בכתב. לשם קבלת הסכמה מדעת לטיפול,

15 חוזר המנהל הכללי "דרכי זיהוי מטפל ועובד בריאות", מס' 12.2001 (9.5.01).  
16 חוזר המנהל הכללי "מגילת זכויות המטופל בראיה של חובות המטפל", מס' 9/06 (3.4.06).

חייב המטפל למסור למטופל את המידע הרפואי הדרוש לו<sup>17</sup> באורח סביר, כדי שייבן את מהות הטיפול המומלץ ויוכל להחליט על פי שיקול דעתו אם להסכים לטיפול המוצע. חובה למסור את המידע הרפואי בשלב מוקדם ככל האפשר, ובדרך שתהיה מובנת למטופל, כדי שבחירתו והחלטתו יהיו מתוך הבנה, מרצון ולא מתוך תלות.

בחוק זכויות החולה ובחזון נקבע, כי מטפל חייב לקבל מהמטופל בכתב הסכמה מדעת לטיפול המוצע - אם מדובר בטיפול הנכלל בתוספת לחוק זכויות החולה<sup>18</sup>. בהקשר זה נקבע בחזון, כי מטפל אינו רשאי להסתפק בכך שימסור למטופל את המידע באמצעות טופס סטנדרטי שהוכן מראש, כגון דף מידע או טופס הסכמה. יש למסור למטופל אישית ובעל פה את המידע באופן ובהיקף המפורט לעיל, בין שהמטפל ימסור למטופל את המידע בעצמו ובין שיוודא כי מטפל אחר מסר לו אותו. יש לתעד באופן תמציתי את ההסבר שניתן למטופל. המטפל יחתום על טופס ההסכמה כאישור לכך שהוא נתן את ההסבר, והוא גם יחתים את המטופל על הטופס לאחר שוודא כי המטופל הבין אותו.

הדרישה לקבל מהחולה הסכמה מדעת לטיפול מקדמת גישה אנושית נאותה ומתחשבת מצד המטפל. מילוי דרישה זו מאפשר להשיג גם מטרות נוספות כמו: שמירה על יחסי אמון בין המטפלים למטופלים; מניעת יחס מתנשא מצד המטפלים; מנגנון בקרה המונע חדירה לחיי הפרט; הקניית כלי שיסייע למטופל בתהליך קבלת ההחלטה לגבי הטיפול הרפואי והפחתת אי-הוודאות על ידי הקניית ידע רב יותר על הטיפול המוצע. על ההסכמה להיות הסכמה מדעת<sup>19</sup>, דהיינו הסכמה מתוך ידיעה והבנה, הסכמה מפורשת ומושלמת.

1. רופאים בבתי החולים מסרו לצוות הביקורת, כי עקב עומס בעבודת הצוות הרפואי, אין להם פנאי למסור למטופלים מידע רפואי מלא ומפורט, והם מוסרים להם מידע חלקי "בכפזה". גם חולים מסרו לצוות הביקורת, כי הם התבקשו לחתום על טופס ההסכמה מדעת סמוך למועד ביצועו של הניתוח לאחר שניתנו להם הסברים במהירות, בלי שהייתה להם שהות מספקת לשקול את החלטתם. יוצא אפוא שההסכמה שנתן המטופל אינה בהכרח הסכמה מדעת.

2. בתי החולים נוהגים להכין טפסים ייעודיים של הסכמה מדעת לחלק מהטיפולים הרפואיים, על בסיס הטפסים שהכינה הר"י שמתפרסמים באתר האינטרנט שלה. אשר לטיפולים רפואיים שאין להם טפסים ייעודיים של הסכמה מדעת - אם מטפל נזקק לטפסים בעניינם הוא משתמש בטופס כללי ובו הוא משלים את הפרטים הרלוונטיים לפעולה המבוצעת. למרבית הטפסים יש תרגום לאנגלית, לערבית ולרוסית.

17 סעיף 13(ב) בחוק זכויות החולה קובע, כי לשם קבלת הסכמה מדעת ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע; לעניין זה, "מידע רפואי", לרבות - (1) האבחנה (הדיאגנוזה) והסקות (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל; (2) תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע; (3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי-נוחות; (4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של היעדר טיפול רפואי; (5) עובדת היותו של הטיפול בעל אופי חדשני.

18 ניתוחים (פרט לכירורגיה זעירה, שלגביה אין חובה לקבל הסכמה בכתב), צנתור כלי דם; דיאליזה; רדיותרפיה; כימותרפיה לטיפול בתהליכים ממאירים; טיפולי הפריה חוץ-גופית. בחזון צוינו גם בדיקת מי שפיר, הפסקת הרייון, ניסויים רפואיים וטיפול בנוזעי חשמל.

19 בעניין זה ראו פס"ד דעקא, עמ' 548, ובו נקבע:

"על-מנת שהסכמתו של חולה לטיפול רפואי שעתיד להיעשות בגופו תהא 'הסכמה מדעת', יש לספק לו מידע הולם על מצבו, על מהות הטיפול המומלץ ומטרתו, על הסיכונים והסיכויים הטמונים בו ועל אלטרנטיבות טיפוליות סבירות לטיפול האמור. החתמת המטופל על טופס ההסכמה אינה כשלעצמה תנאי מספיק לקיומה של 'הסכמה מדעת'."

בבדיקת משרד מבקר המדינה עלה, כי בבית חולים אחד לא הייתה התאמה בין הטופס בעברית ובין תרגומו לשפה אחרת. כמו כן, בבקורות שערך משרד הבריאות<sup>20</sup> עלה, כי בשני בתי חולים לא נמצאו טופסי הסכמה מדעת בכל שלוש השפות הנדרשות. בבדיקה עלה גם, כי ברוב המקרים לא נרשמת השעה שבה חתם המטופל על הטופס, על אף שהם נדרשים למלא זאת בטופס ההסכמה.

הדרישה לקבל הסכמה מדעת של החולה לטיפול רפואי מאפשרת להבטיח שהחולה הבין היטב את מהות הטיפול שהוא עומד לקבל, והיא מבטיחה גם שמירה על האוטונומיה והכבוד של החולה בכך שהוא מרגיש אדון להחלטות הנוגעות לגופו ולחיו. על בתי החולים להקפיד בקיום הוראות החוק והנהל ולייחד את הזמן הנחוץ למתן הסבר מתאים לחולה. ראוי שהמשרד יבחן את הצורך לשנות את הנהל באופן שיוגדר מהו פרק הזמן הראוי להחתים את החולה על טופס הסכמה מדעת לפני ביצוע הטיפול הרפואי. כמו כן ראוי שהמשרד יבחן את הצורך בהכנת מאגר טפסים מתאימים בשפות שונות לשימושם של בתי החולים. על המשרד לכלול נושא זה בבקורות שהוא עורך.

## קבלת חוות דעת נוספת על מצב רפואי

חוק זכויות החולה, וכן חוזר המשרד<sup>21</sup> שפורסם בעקבות חקיקתו של חוק זה קובעים, כי כאשר מטופל מבקש לקבל חוות דעת מקצועית נוספת על מצבו הרפואי ועל הדרכים לטפל בו, חובה על המטפל ועל בית החולים שבו הוא מאושפז, לסייע בכל הדרכים הדרושות לממש זכות זו. בחוזר המשרד נקבע, כי סיוע זה יינתן, בין היתר, על ידי מסירת מידע על מומחים מתאימים, תיאום מועד ההתייעצות, מתן אפשרות ליועץ לבקר ולבדוק מטופל הנמצא באשפוז, העמדת הרשומה הרפואית לרשות היועץ ומסירת מידע נוסף הנוגע אליו.

כל בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה, שהם מביאים לידיעת החולים כי זכותם לקבל חוות דעת מקצועית נוספת, וכי האחריות למימונה מוטלת על החולים. ברוב בתי החולים המטופל צריך לבקש לאפשר לו לקבל חוות דעת נוספת ולתאם בעצמו את קבלתה.

פעמים רבות חשים חולים המזמינים חוות דעת נוספת אי-נעימות כלפי הצוות המטפל, ולכן ראוי לציין לחיוב מנהל בית חולים מסוים שהפיץ הנחיה ולפיה חוות דעת שנייה היא זכות בסיסית של החולה ובני משפחתו. ההנחיה האמורה קובעת, כי אין צורך באישור לקבלת חוות הדעת השנייה, וכי רופא בכיר מצוות המחלקה יהיה נוכח בעת הייעוץ, יציג ליועץ את החולה ואת הטיפול שהוא מקבל, ויאפשר עיון מלא וחופשי ברשומה הרפואית של החולה. מנהל בית החולים הדגיש בהנחיה את החובה לכבד את רצון המשפחות ולסייע בידן.

- 20 משרד הבריאות נוהג לבצע בקורות רב-מערכתיות בתחומי פעולה רבים בכל בתי החולים מדי כמה שנים - בעיקר לקראת חידוש הרישיון של בית החולים. משרד מבקר המדינה בדק בקורות כאלה שנעשו בשנים 2012 ו-2013 (להלן גם - בקורות שעשה משרד הבריאות).
- 21 חוזר המנהל הכללי "מגילת זכויות המטופל בראיה של חובות המטפל", מספר 9/06 (3.4.06).

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות ינחה את כל בתי החולים כי עליהם להעביר לחולים את המסר שזו זכותם לקבל חוות דעת מקצועית נוספת, ואין צורך לקבל לשם כך אישור מהמחלקה, אלא רק לתאם מועד לבדיקה. זאת - בדומה להנחיה שנתן מנהל בית החולים האמור.

## אחראי לזכויות המטופל - טיפול בתלונות החולים ובני משפחותיהם

חוק זכויות החולה קובע, כי בכל מוסד רפואי ימונה אחראי לזכויות המטופל. חוזר המשרד משנת 2006 קובע, כי מנהל מוסד רפואי חייב למנות אחד מעובדי המוסד לאחראי לזכויות המטופלים במוסד.<sup>22</sup> תפקידיו של האחראי לזכויות המטופלים הם: (1) לתת למטופלים במוסד ייעוץ וסיוע בקשר למימוש זכויותיהם לפי חוק זכויות החולה; (2) לקבל תלונות ממטופלים, לבדוק אותן ולטפל בהן, ולהעביר תלונות שעניינן איכות הטיפול הרפואי לטיפולו של מנהל המוסד הרפואי; (3) להדריך ולהנחות את חברי הסגל הרפואי והמינהלי במוסד הרפואי בנוגע להוראות חוק זכויות החולה. עוד קובע החוק, כי על המוסד הרפואי לפרסם בהבלטה מיהו האחראי לזכויות המטופלים וכיצד אפשר לפנות אליו.

1. זהות האחראי לזכויות המטופלים: ברחבי כל שמונת בתי החולים הכלליים שבהם ביקרו נציגי משרד מבקר המדינה, נצפו תיבות שמיועדות לפניות החולים או לתלונותיהם. בבתי חולים אלה יש גם שלטים שעליהם נכתב מספר הטלפון ולעתים גם כתובת הדואר האלקטרוני לפניות הציבור.

ואולם נמצא, כי שבעה משמונת בתי החולים האמורים לא פרסמו את שמו של האחראי לזכויות המטופלים. על בתי החולים להשלים פעולה זו כדי לאפשר למטופלים לפנות לגורם מזוהה בר-סמכא בעניין זה. על המשרד לבדוק את אופן יישומה של הוראה זו.

2. השימוש בפניות המטופלים לתיקון ליקויים מערכתיים: בכל בית חולים מתקבלות בין עשרות למאות פניות ותלונות בשנה. רוב הפניות (כ-70% מהן) מוצדקות. פניות ותלונות של מטופלים הן לעתים "קצה הקרחון" של תופעה או מצב הדורשים התערבות לצורך תיקון ליקויים ושיפור תהליכים, כדי להגדיל את שביעות הרצון של החולה מהטיפול שקיבל בעת אשפוזו בבית החולים. כך למשל, במסקנות של מחקר שנעשה בשנת 2007 שבו השתתפו 24 אחראים לזכויות המטופלים בבתי חולים שונים נאמר, כי שיעור גבוה של תלונות התקבל בנושאים של יחס, איכות השירות וזמני ההמתנה.<sup>23</sup>

22 ראו שם.

23 צבי שטרן, אלי מרזל, נחום גדליה, האם מישהו מטפל בך? מרכז רפואי אוניברסיטאי הדסה ירושלים - 2007.

בתי החולים אכן מטפלים בפניות ובתלונות שמתקבלות אצלם, ואולם המשרד אינו דורש מהם לנתח אותן על פי מאפייניהן ולדווח לו עליהן. משום כך הוא מחמיץ את ההזדמנות לעמוד על כשלים משותפים ולזהות נקודות תורפה וצווארי בקבוק במערכת כולה. כמו כן הוא אינו יכול לתקן את אותם ליקויים ספציפיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי שיוכל לפעול לפי אמנת השירות שהמשרד מחויב לה, עליו לקבוע מנגנון לאיסוף מידע מפניות ותלונות המתקבלות בבתי החולים שיאפשר לנתחן ולהשתמש בהן לקידום מטרותיו ולהגברת מחויבותו כלפי ציבור החולים.

## ועדות אתיקה בבתי החולים

במדינות רבות בעולם ועדות האתיקה הן הכתובת שאליה פונים כל אימת שמתעוררת דילמה אתית<sup>24</sup>. במדינות אלה מקובל להטיל על ועדת האתיקה תפקידים כמו: דיון בנושאים אתיים עקרוניים וקביעת מדיניות; ייעוץ במקרים פרטניים; והקניית ערכים לצוות המטפל. יש הרואים בוועדת האתיקה גורם התורם ליצירת אקלים אתי במוסד הרפואי המסייע לשמירה על כבוד המטופלים ועל זכויותיהם. הפעילות של ועדות האתיקה יכולה להגביר את הרגישות של הצוותים הרפואיים לסוגיות אתיות, ולקדם הידברות בין הצוותים ובין החולים ומשפחותיהם.

חוק זכויות החולה קובע שעל מנכ"ל המשרד למנות ועדות אתיקה. חוזר המשרד<sup>25</sup> קובע, כי ועדת אתיקה של מוסד רפואי מוסמכת לדון בנושאים אתיים שנקבעו בחוק שנוגעים למוסד הרפואי. את ועדת האתיקה ממנה מנכ"ל המשרד לפי המלצת מנהל בית החולים. על מנהל בית חולים שלא מונתה בו ועדת אתיקה לפנות למנכ"ל המשרד לשם מינוי ועדת אתיקה במוסדו. על פי חוק זכויות החולה על ועדת האתיקה לכלול שישה חברים: יושב הראש של הוועדה יהיה אדם הכשיר להתמנות לשופט בית משפט מחוזי מתוך רשימה שהכין שר המשפטים, שאר חברי הוועדה יהיו שני רופאים מומחים, כל אחד מתחום התמחות אחר; פסיכולוג או עובד סוציאלי; אחות מוסמכת; נציג ציבור או איש דת.

על פי חוק זכויות החולה, תפקיד הוועדה לקבל החלטות בסוגיות רגישות הנוגעות במישורן לזכויות החולה, לרבות זכותו לכבוד ולפרטיות. בין השאר נקבע בחוק, כי הוועדה מוסמכת לאשר בנסיבות מסוימות אי-מסירת מידע רפואי למטופל בנוגע למצבו הרפואי; מתן טיפול רפואי ללא הסכמה בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה; מסירת מידע רפואי לגורם אחר. כמו כן היא מוסמכת לדון בהשגות של מטופל או נציגו בדבר שלמות התיעוד של ממצאים עובדתיים ברשומה הרפואית הנוגעים למצבו של המטופל, לטיפול בו ולתוצאותיו.

24 נעמה ויצ'נר, "דילמות אתיות וועדות אתיקה סטטוטוריות במבחן המציאות" רפואה ומשפט, חוברת מיוחדת (ינואר 2013).

25 חוזר המנהל הכללי "מגילת זכויות המטופל בראיה של חובות המטפל", מס' 9/06 (3.4.06).



הביקורת העלתה, כי ב-18 בתי חולים מונו ועדות אתיקה. עם זאת, ועדות האתיקה התכנסו פעמים מעטות בלבד בשנת 2013: בתשעה בתי חולים ועדות האתיקה לא התכנסו כלל; בשני בתי חולים התכנסה ועדת האתיקה רק פעם אחת; בשישה בתי חולים הוועדה התכנסה בין פעם אחת לשיש פעמים; ובבית חולים אחר 12 פעמים. בבתי החולים שבהם התכנסה הוועדה שש עד 12 פעמים היו כמה התכנסויות שלא יועדו למטרות שנקבעו בחוק, כלומר לדיונים במקרים פרטניים, אלא לדיונים בנושאים אתיים מערכתיים. ממצאי הביקורת מצביעים על כך שלמרות מינוי ועדות האתיקה, לא נעשה בהן שימוש ממשי בפועל.

עלה שעל אף מיעוט הפניות לוועדות האתיקה, המשרד ובתי החולים לא ניתחו את הסיבות לכך. יתר על כן - הנושא לא זכה לעלות בקביעות על סדר יומם. מכך עולה לכאורה המסר שהנושא אינו חשוב דיו.

מנהלי מחלקות פנימיות בבתי החולים ורופאים בכירים אחרים מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי הם נמנעים מלפנות לוועדות האתיקה בגלל עומס העבודה המוטל עליהם ואי-יכולתה של ועדת האתיקה לענות על הצורך במתן פתרונות מידיים בשל זמינותה הנמוכה. לטענתם יש לחברי הוועדה ידע מועט בסוגיות אתיות. עוד מסרו מנהלי המחלקות והרופאים הבכירים כי לעתים הם אינם תופסים סוגיות שונות כדילמות אתיות אלא כעניינים רפואיים שהם עצמם בעלי הסמכות המקצועית הבלעדית להסדירם.

יוצא שרופאים שעוסקים תדיר בדילמות אתיות-רפואיות רבות אינם משתמשים כמעט בכלי שמקנה להם חוק זכויות החולה. משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות, לכללית ולהנהלות בתי החולים הכלליים לנתח את הגורמים שמפחיתים את הפניות לוועדות האתיקה ולהטמיע בקרב הרופאים את הצורך בשיתופן של ועדות האתיקה בבניות אתיות, להעצים בכך את מעמדן ולהרחיב את פעילותן כפי שמקובל בעולם. כמו כן עליהם לדאוג גם להכשרתם של חברי ועדות האתיקה לטפל בסוגיות שהן מופקדות עליהן ולדרוש מהן דיווח על עבודתן. כמו כן יש לפעול להרחבת זמינותן ונגישותן של ועדות האתיקה לצוותים הרפואיים.

בתשובתו מדצמבר 2014 מסר משרד הבריאות, כי יפעל לחיזוק מעמדן ולהגברת פעילותן של ועדות האתיקה בבתי חולים.

## ועדות בדיקה, ועדות בקרה ואיכות ויחידות לניהול סיכונים בבתי החולים

הפקת לקחים מביורורים של תלונות ותקלות שאירעו במהלך האשפוז עשויה לסייע בשיפור הטיפול הרפואי ובשמירה על זכויות החולה המאושפז, פרטיותו וכבודו. חוק זכויות החולה מחייב הקמת ועדות בדיקה וועדות בקרת איכות במקרים מסוימים. בבתי החולים פועלות גם יחידות לניהול סיכונים. להלן ממצאים שעלו בבדיקה:

## ועדות בדיקה

סעיף 21 לחוק זכויות החולה קובע, כי מנכ"ל המשרד או מי שהוא הסמיך לכך, או מנהל בית החולים או מנהל קופת חולים, לפי העניין, יקים ועדת בדיקה לשם בדיקת תלונה של מטופל או לשם בדיקת אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי. הסעיף קובע שממצאיה ומסקנותיה של ועדת הבדיקה יימסרו למי שמינה את הוועדה ולמטופל הנוגע בדבר וכן למטפל העלול להיפגע ממסקנות הוועדה. לכתוב בפרוטוקול הוועדה יש חיסיון יחסי, ואולם, בית המשפט יכול להורות על מסירתו לחולה "אם מצא כי הצורך בגילוי לשם עשיית צדק עדיף מן הענין שיש לא לגלותו".

התברר כי לרוב נמנעים בתי החולים מהקמת ועדות בדיקה ומקיימים במקום זה בירורים פנימיים לצורך הפקת לקחים סמוך למועד האירוע. זאת בשל היעדר חיסיון על הממצאים והמסקנות של ועדות בדיקה אלה וחשש משימוש בהם במסגרת תביעת רשלנות. אי-הקמת ועדות בדיקה מובילה לאי-ביצוע תחקירים מעמיקים ומפורטים ולחוסר יכולת לרדת לשורש התלונה או האירוע החריג. באופן זה נפגעים התהליכים של הלמידה, הפקת הלקחים והסקת המסקנות החשובים להתפתחות הרפואה בישראל. יש לציין שממצאים אלה כבר עלו בבדיקת משרד מבקר המדינה בשנת 2011, והם פורסמו בשנת 2012.<sup>26</sup> משרד מבקר המדינה מעיר שיש לראות בחומרה את העובדה שעד אוקטובר 2014, כשנתיים לאחר פרסום הממצאים האמורים, עדיין לא הסדיר משרד הבריאות נושא זה. הימנעות מבדיקת תלונות של מטופלים באמצעות ועדות בדיקה פוגעת בזכויותיהם של המטופלים ואינה מאפשרת הפקת לקחים ושיפור תהליכים באופן מיטבי.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2014, כי יש חיסיון מלא על תחקירי בקרה ואיכות, אך אין חיסיון מלא על בדיקה של תלונות ואירועים חריגים נקודתיים. עוד מסר משרד הבריאות, כי ניסה לקדם חקיקה שתאפשר חיסיון מלא על תחקירים ברפואה, אך אין אפשרות משפטית ומעשית להעביר תיקון חקיקה כזה עקב התנגדותו של משרד המשפטים לכך. משרד המשפטים השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2014, כי לדעתו יש בחוק זכויות החולה הסדר מלא, רחב ומאוזן לחיסיון החל על דיוני ועדות הבדיקה וממצאיהן. הוא הוסיף, כי "לא הובא בפני משרד המשפטים צורך, עובדתי או משפטי, לסטות מהקביעה הנ"ל של המחוקק בנוגע לחיסיון החל על ועדת הבדיקה לפי החוק".

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח התוצאות הבעייתיות הנובעות מאי-הקמת ועדות בדיקה - על משרד הבריאות בהתייעצות עם משרד המשפטים לגבש דרכים לשינוי המצב שבו בתי החולים ממעטים להשתמש בסמכותם להקמת ועדות בדיקה בשל חששם מחשיפת ממצאיהן.

26 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012), בפרק "תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדין המשמעתי במערכת הבריאות", עמ' 195.

## ועדות בקרה ואיכות

סעיף 22 לחוק זכויות החולה קובע, כי לשם הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכותו של הטיפול הרפואי יקים מנהל של מוסד רפואי ועדה פנימית - ועדת בקרה ואיכות. בחוק נקבע, כי תוכן הדיונים שקיימה ועדת הבקרה והאיכות, הפרוטוקול וכל חומר שהוכן לשם הדיון שנמסר לה, סיכומיה ומסקנותיה - יהיו חסויים בפני כל אדם, לרבות המטופל הנוגע בדבר, ולא ישמשו ראיה בכל הליך משפטי. עם זאת, אם ועדת בקרה ואיכות דנה גם באירוע פרטני של חולה במסגרת הבדיקה הכוללת שלה - היא עלולה להיחשב כוועדת בדיקה על פי סעיף 21 לחוק זכויות החולה, והיא לא תינהג מחסיון<sup>27</sup>.

ב-17 בתי חולים פועלת ועדת בקרה ואיכות. בתי החולים מסרו על הפעולות שבהן עסקו הוועדות לבקרה ואיכות: ביצוע תחקירים; דיונים בנושאי שיפור איכותם של תהליכי העבודה; פגישות על בסיס עתי לשיפורן ולקידומן של איכות ובטיחות בתחומי הפעילות השונים של בית החולים; ביצוע בקרה על תהליכי העבודה כמו: "תהליכי זיהוי המטופלים בקבלתם לבית החולים"; "תהליכי העבודה במכון הפתולוגי"; "צמצום זיהומים".

במרבית בתי החולים עסקו ועדות הבקרה והאיכות בדיונים בנושאים מערכתיים ולא התעמקו כלל במקרים פרטניים אפילו אם יש להם השפעות מערכתיות, מתוך חשש מהצורך לחשוף את דוחות הוועדה. אחד מבתי החולים מסר למשרד מבקר המדינה, כי אינו מפעיל את ועדת הבקרה והאיכות כיוון שהצוותים הרפואיים "מפחדים מחשיפה ומהצורך למסור מידע [במקרה של תביעה משפטית]". גם ממצאים אלו כבר עלו בבדיקת משרד מבקר המדינה האמורה בשנת 2011 וטרם תוקנו.

## יחידות לניהול סיכונים

בכל בתי החולים פועלות יחידות לניהול סיכונים העוסקות באיסוף דיווחים על אירועים חריגים, ניתוחם והפקת לקחים מהם. המטרות של היחידות לניהול סיכונים הן לשפר את בטיחות המטופל, לצמצם את מספר האירועים והתביעות בתחום האחריות המקצועית הרפואית ולצמצם את הסיכון הכלכלי הכרוך בהם. היחידות לניהול סיכונים בבתי החולים פועלות לפי דרישת חברות הביטוח שהציבו זאת כתנאי בסיסי בתכנית הביטוחית של בתי החולים.

כבר בדוח מבקר המדינה משנת 2012<sup>28</sup> שעסק ברשלנות רפואית נאמר, כי יש חסמים למדיניות החשיפה של טעויות ברפואה. בדוח נאמר, שאחת הבעיות העיקריות של ניהול הסיכונים במוסדות הרפואיים היא היעדר חיסיון משפטי. על פי פסיקת בית המשפט העליון<sup>29</sup>, דו"חות על הביקורת הרפואית הפנימית עלולים לשמש במסגרת של הליכים משמעתיים ומשפטיים שיפתחו נגד הצוות הרפואי. בעקבות פסיקה זו הודיעה הר"י, כי היא ממליצה לרופאים שזומנו להתייצב לפני ועדות בדיקה להיעזר ביועצים משפטיים. הדבר פוגע ביכולת לנהל בפתירות תחקירים של אירועים חריגים. בהיעדר האפשרות לקיים דיון ובדיקה ללא מורא נפגעת היכולת לחקור תקלות שאירעו, להפיק מהן לקחים וללמד רופאים אחרים את לקחי התקלות שאירעו.

27 משה פייגין ואחרים, ניהול סיכונים ברפואה, אוניברסיטת תל אביב (2004), עמ' 202.

28 ראו הערת שוליים 26.

29 רע"א 1412/94 הסתדרות מדיציניית הדסה עין כרם נ' גלעד, מט (2) 516 (1995).

הפעולות השונות שמתבצעות ביחידות לניהול סיכונים כגון, תחקירים, איסוף מסמכים ודיונים עלולות לשמש כראיות בהליכים משמעותיים ומשפטיים נגד הצוות הרפואי והנהלת בית החולים. הדבר פוגע בנכונות העובדים בבתי החולים לשתף פעולה בחקירת אירוע, בפעילות היחידה לניהול סיכונים וביכולת להפיק לקחים ולפתח תכניות התערבות לפעילות מניעתית, כדי לשפר את רמת הטיפול הרפואי ואת בטיחות החולה.



משרד מבקר המדינה המליץ בשנת 2012, כי על משרד הבריאות ומשרד המשפטים לגבש דרכים שיאפשרו לקיים תחקירים של ועדות בדיקה במערכת הבריאות ולאפשר בכך לימוד של תקלות רפואיות והפקת לקחים מהן. זאת - למרות החשש כי מסמכי התחקיר ייחשפו לפני האדם הנפגע ויוכלו לשמש אותו כתביעת רשלנות נגד בית החולים והרופא המטפל.

עד אוקטובר 2014 לא גובשה דרך לקיום תחקירים מעמיקים בתקלות רפואיות והפקת לקחים מהן, ולמעשה הפעילות בנושא משותקת.

יש חשיבות עליונה לקיום תחקירים ולהפקת לקחים שיוטמעו במערכת הבריאות. בכך תשופר איכות הטיפול הרפואי ובטיחות המטופל וכך יישמרו גם זכויותיו. לכן על משרד הבריאות בהתייעצות עם משרד המשפטים לקדם בהקדם פתרון שיאפשר פעילות נאותה של ועדות הבדיקה, ועדות הבקרה והאיכות והיחידות לניהול סיכונים.

## טעויות ברשומה הרפואית של החולה המאושפז

רשומה רפואית (להלן גם - תיק רפואי) היא אוסף שיטתי של נתונים ומסמכים המתעדים היסטוריה רפואית של המטופל ושל הטיפול בו. המידע ברשומה הרפואית מאפשר לרופאים ולשאר אנשי מקצועות הבריאות לתכנן את הטיפול הרפואי ולאפשר שיתוף פעולה בין המטפלים השונים, כדי לספק למטופל טיפול רפואי עקבי ואיכותי. המידע שברשומה הרפואית מסייע גם בהתדיינות משפטית בנוגע לטיב הטיפול הרפואי ותוצאותיו ובבקרה על הטיפול הרפואי.

בכל בית חולים פועלת מחלקה לרישום ומידע רפואי. במשרד הבריאות מכהנת רשות רפואית ארצית. כללים בנוגע לצורך ברשומה רפואית ולדרכי ניהולה נקבעו בכמה חוקים ותקנות<sup>30</sup> ובכלל זה בחוק זכויות החולה ובהוראות המשרד. רישום מדויק של כל תהליך הטיפול שניתן לחולה ושמירת כל המסמכים הנוגעים לכך הם תנאי יסוד בשמירה על זכויות החולה המאושפז.

30 בהם: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994; פקודת בריאות העם - 1940; ותקנות בריאות העם (שמירת רשומות) התשל"ז-1976.

## המחלקות לרישום ומידע רפואי בבתי חולים כלליים

רישום המידע הרפואי (אבחנה רפואית וסימול הקוד שלה) בסיכום האשפוז הוא באחריות הרופאים. תפקיד המחלקה לרישום ומידע רפואי לשמש מנגנון של בקרה ואימות של כל הנתונים והמידע הרפואי של המאושפז, לרבות בקרת איכות הקידוד והסימול של המידע הרפואי שלו. כאשר עובדי המחלקה לרישום ומידע רפואי מאתרים בתיק הרפואי רישום שנראה להם שגוי - עליהם להחזירו לרופאים לבריקה כדי שיתקנו אותו. אימות כל הנתונים משמש מנגנון המבטיח שהטיפול המתוכנן אכן ניתן ובכך הוא גם מגן על זכויות החולה המאושפז.

בביקורת עלה, שלעתים כותבים הרופאים בבתי החולים מידע שגוי במסמכים רפואיים ובסיכומי המחלה<sup>31</sup>, וכן סימולים שגויים של האבחנות<sup>32</sup>. הרישום השגוי נותר בתיק הרפואי של החולה המשתחרר מהאשפוז גם לאחר שהוא מגיע להמשך טיפול במרפאה בקהילה, ולכן חולה זה עלול לקבל טיפול שאינו מתאים במדויק לצרכיו הרפואיים. לעתים נכתבת הרשומה הרפואית בכתב יד ואינה ממוחשבת, והדבר עלול לגרום טעויות<sup>33</sup>. עוד עלה שתיקי אשפוז נבדקים זמן רב לאחר שהחולה השתחרר מהאשפוז (אף שמונה חודשים), ויש בתי חולים שאינם מיידעים את קופות החולים או את החולים בנוגע לתיקון שנעשה בטופסי השחרור שלהם. נוסף על כך עלה, שחלק מבתי החולים בודקים רק את הרשומה הרפואית הנוגעת למחלקות הכירורגיות המבצעות ניתוחים ופעולות כירורגיות לצורך קבלת תשלום מקופות החולים.

הביקורת העלתה שהמשרד לא קבע כללים מפורטים לביצוע הבקרה על הרשומה הרפואית, כגון מהו פרק הזמן המרבי לביצועה; האם יש לבחון את כל הרשומות הרפואיות, מדגם שלהן או רשומות השייכות רק למחלקות מסוימות; האם נחוץ לעדכן את סיכומי המחלה שקיבלו החולים וקופת החולים. בהיעדר הסדרה כל בית חולים מבצע בקרה על פי שיקול דעתו, ולכן אף לא ניתן לגבש תמונה כוללת לגבי אמינות הרשומות הרפואיות.

בתשובתו מדצמבר 2014 השיב המשרד, כי הוא פועל להסדרתן של הנחיות מערכתיות מעודכנות לנושא סיכום המחלה או האשפוז. הצפי לסיום הוא יוני 2015.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, לכללית ולכל בתי החולים שעליהם לפעול לכך שהמידע ברשומה הרפואית של כל חולה יהיה נכון ושלים. יש לבצע את הבקורות על הרשומות הרפואיות סמוך ככל האפשר למועד שחרור החולה, כדי שניתן יהיה לעדכן את הרופא המטפל בקהילה במועד על מידע רפואי שגוי שאותר. יש להקפיד על כך שמכתבי השחרור בכל המלר"דים המטפלים בכשלושה מיליון חולים בשנה, יהיו מודפסים ולא ייכתבו בכתב יד כדי להבטיח שיהיו קריאים. זהו תנאי בסיסי לשמירה על זכויות החולה המאושפז, המאפשר המשך טיפול מיטבי בקהילה.

31 כגון: רישום שגוי של הצד של האיבר שנותח (ימין או שמאל); אף שבוצעה הוצאת סטנט נכתב באבחנה שהבעיה היא טראומת כליה; במסמך סיכום הפטירה נכתב שהחולה נמצאה בבוקר ללא רוח חיים, אך באותו מסמך בסעיף ההמלצות נרשם "תוכל לחזור הביתה".

32 האבחנה הרפואית הייתה בעיה בכלי הדם בלב, אך הסימול של הקוד שנרשם היה של מחלת הסיפיליס; במקום דלקת בדרכי העיכול נרשם קוד של מחלת מעיים אחרת (דיזנטריה); יש גם סיכומי מחלה עם כמה קודים שגויים.

33 כתב היד של רופאים רבים בתיקים הרפואיים ובמכתבי השחרור שנכתבים במלר"דים אינו ניתן לפענוח. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 60ב (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441.

## השפעת תנאי האשפוז בבתי החולים הכלליים על מימושן של זכויות החולה

אשפוז החולה בבית החולים תוך שמירה על כבודו וזכויותיו מצריך טיפול רפואי נאות ותנאי אשפוז ראויים. אלה מחייבים, בין היתר, העסקת מספר סביר של מטפלים (רופאים, אחיות, כוח אדם פרה-רפואי ואחר) שיוכלו לתת לחולה גם יחס ראוי, מרחב אשפוז שיאפשר פרטיות ונוחות, ביצוע פעולות (כמו מדידת חום) בשעות סבירות תוך התחשבות בחולה והגשת ארוחות בשעות מקובלות.

גם לזמינות הרופאים יש השפעה על איכות הטיפול שמקבל החולה. יו"ר האגודה לזכויות החולה לשעבר, גב' עדינה מרקס ז"ל, ציינה בעניין זה<sup>34</sup>, כי "למחסור [ברופאים] יש השלכות על איכות הטיפול בחולים. לרופאים יש פחות זמן... הם קצרי סבלנות להאזין לכל מה שלחולים יש לספר על מצוקתם הבריאותית - ובמקרים רבים אין לחולים אפשרות לספק לרופאים את המידע השלם הדרוש להם לאבחון בעייתם ולטיפול בה... כתוצאה מלחץ העבודה ומקוצר הזמן, מבקשים הרופאים לסיים את משימתם במהירות האפשרית ולעבור לטפל בחולה אחר, מה שמאוד פוגם באיכותו של הטיפול הרפואי". עוד ציינה יו"ר האגודה לזכויות החולה, כי באגודה התקבלו תלונות על יחס לא נאות לחולים במהלך אשפוזם, ועל כך שהרופאים עסוקים מכדי להאזין לדברי המטופלים.

**בביקורת עלה כי כבוד החולה וזכויותיו אינם נשמרים כראוי, פעמים רבות בשל תנאי האשפוז שאינם מאפשרים לתת את הטיפול הראוי וההולם לחולה.**

### השמירה על כבוד החולה

הצפיפות במחלקות האשפוז, האשפוז בפרוודורים, מספר המטפלים הקטן מהנדרש (רופאים, אחיות, כוח אדם פרה-רפואי ואחר) על פי תקן כוח האדם הקיים או היעדר תקן לחלוטין, היעדר סל אשפוז הקובע את זכויות החולה המאושפז (טיפולים, מכשור רפואי וכוח אדם) - כל אלה אינם מאפשרים טיפול נאות בחולה ופוגעים בכבודו ובזכויותיו.

הביקורת העלתה ליקויים המעידים כי לעתים כבוד החולה אינו עומד במקום הראוי לו בסדר העדיפות של הצוות המטפל: הפעולות הכרוכות בבדיקות של החולה כגון - בדיקת מדדים (בדיקות דם, בדיקת שתן, מדידת חום, מדידת לחץ דם וכו') נעשות לעתים השכם בבוקר ומחייבות להעיר את החולה משנתו; מתן ארוחות שלעתים אינן חמות ובשעות לא מתאימות (כגון הגשת ארוחת ערב בשעות 17:00-18:00 בערב, שלאחריה אין מגישים אוכל עד 9:30 בבוקר); היעדר ניקיון ראוי בסביבת החולה (במיון ובמחלקות); מחסור בפריטי ביגוד מתאימים (לעתים מציידיים חולה בפיג'מה הגדולה ממידתו שעלולה לגרום לנפילה או בחלוק אשפוז שלא תמיד ניתן לרכיסה ראויה מאחורי הגב).

34 מנחם פרידמן, "ארץ מצוקה" זמן רפואה, ינואר-פברואר (2011), עמ' 6-10.

ראוי שהמשרד ימפה את מכלול הפעולות המתבצעות בבתי החולים במהלך הטיפול בחולים, ויבחן אם הן נעשות תוך התחשבות בכבודו של החולה ושמירה על פרטיותו ונחותו, בלי לפגוע בשיקולים הרפואיים המתבקשים. לאחר שהדבר ייבחן יש להגדיר כללים מפורטים מתאימים שיביאו בסופו של דבר לגיבוש אמנת שירות לחולה המאושפז שהצוות הרפואי יהיה מחויב לפעול לפיה.

## פגיעה בזכויות החולה עקב תנאים פיזיים לא נאותים במתן טיפול רפואי

כבר בדוח קודם של משרד מבקר המדינה הוצגו עיקרי הסוגיות הקשורות למצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים<sup>35</sup>. במשך שנים רבות יש מצוקת אשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית. לפי פרסומי המשרד לשנת 2012, לעתים היה שיעור התפוסה במחלקות אלו בפועל<sup>36</sup> גדול מ-150%, ומשום כך החולים משוחררים מהאשפוז לאחר זמן קצר לפני שמוצה הטיפול הרפואי, כדי לפנות מקום לחולים חדשים. בשל העומס האמור, על הרופאים, האחיות, כוח העזר, עובדי המקצועות הפרה-רפואיים, העובדים הסוציאליים והמזכירות מוטל עומס עבודה רב<sup>37</sup>.

בביקורת הנוכחית התברר שלא חל שיפור במצב, והדבר פוגע ביכולת לתת לחולה טיפול רפואי נאות ולשמור על זכויותיו וכבודו. להלן הפרטים:

### 1. פגיעה בזכויות החולה עקב מחסור במיטות אשפוז

מנתוני המשרד עולה, כי שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל הוא הקטן ביותר בקרב מדינות ה-OECD, מלבד מקסיקו וקנדה. שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל הוא כ-1.9 מיטות לאלף נפש לעומת ממוצע של 3.3 מיטות לאלף נפש במדינות החברות ב-OECD. שיעור התפוסה של מיטות האשפוז הוא גבוה<sup>38</sup>, בין היתר בשל שיעור המיטות לנפש הקטן בישראל, 96.6% לעומת 75.1% בממוצע במדינות ה-OECD, והוא אחד הגורמים לכך שמשך האשפוז הממוצע בישראל קצר יחסית - 4.3 ימים לעומת 6.5 ימים בממוצע במדינות ה-OECD. חלק מהאשפוזים הקצרים גורמים לכך שיידרשו אשפוזים חוזרים. לדעת אנשי מקצוע, שיעור התפוסה הרצוי הוא 85%, שכן מצב זה מאפשר קליטת חולים רבים בעת הצורך ומתן שירות טוב למאושפזים בתקופות של רגיעה.

35 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61ב (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

36 שיעור תפוסה בפועל - ימי האשפוז בפועל בתקופה מסוימת לעומת ימי האשפוז הפוטנציאליים באותה תקופה על פי מספר המיטות שבתעודת הרישום של בית החולים.

37 בכל מקום שכתוב "מועסק" בלשון זכר הכוונה גם למועסקת, ולהפך.

38 נתונים השוואתיים על מערכות הבריאות ב-34 המדינות החברות בארגון המדינות לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי - ארגון ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), 2012. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. לפי נתוני משרד הבריאות למאי 2012, מספר מיטות האשפוז לנפש ממשך לרדת, ובחודש האמור היה שיעורן 1.87 ל-1,000 נפש.

משרד האוצר הסביר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2014, כי השוואות בין-לאומיות של מספר מיטות אשפוז אינן מדויקות כיוון שהמדינות השונות ב-OECD מגדירות מיטות אשפוז באופן לא אחיד. לפי תחשיבי משרד האוצר מספר המיטות המתוקנן לאלף נפש בישראל עומד על 2.3 מיטות.

בביקורת עלה, כי בכמה חודשים בשנת 2013 אושפזו בממוצע 44.1 חולים במחלקה פנימית הכוללת 32 מיטות לפי התקן (תפוסה של 138%). לפיכך חולים אושפזו במסדרונות, במעברים ובחדרי האוכל, וגברים ונשים אושפזו לעתים באותו חדר או במסדרונות סמוכים. כמו כן נצפו חולים מאושפזים במחלקות הפנימיות במסדרונות ובמעברים ללא וילון או פרגוד, כשהם חשופים לחולים האחרים ולציבור המבקרים במחלקה. אשפוז בתנאים כאלו אינו מאפשר לשמור על פרטיות, פוגע בכבוד החולה ומגביר את חשיפת החולה לסיכונים מיותרים בנייהם הידבקות בזיהומים ובהם חיידקים עמידים.<sup>39</sup>

בדצמבר 2014 השיב המשרד, כי על פי תחזית שהכין המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי של המשרד, יש צורך להוסיף בכל אחת מהשנים 2015-2020 כ-240 מיטות בממוצע, אך הדבר מותנה בתקציב ייעודי.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לפעול להבטחת תשתיות ראויות שיאפשרו תנאי אשפוז הולמים, כדי לתת לחולה טיפול נאות ולספק לו תנאים שיאפשרו שמירה על צנעת הפרט שלו ועל כבודו, וימנעו ככל הניתן הידבקות בזיהומים בכל עת, גם כאשר מדובר באשפוז חולים בצפיפות. לשם כך עליו ליישם את התכנית הרב-שנתית שהכין, כך שתיתן מענה לצרכים הצפויים.

## 2. פגיעה בזכויות החולה עקב מחסור במיטות לטיפול נמרץ

במחלקות וביחידות לטיפול נמרץ שבבתי החולים (להלן גם - טיפול נמרץ) מטפלים בחולים קשים ומורכבים שזקוקים להשגחה מתמדת ולטיפול אינטנסיבי בידי רופאים, אחיות, טכנאים הנשמה ופיזיותרפיסטים.

ואולם, בישראל יש מחסור במאות מיטות לטיפול נמרץ, כך שחולים הזקוקים לטיפול במיטות אלה שאין עבורם מיטות פנויות בטיפול נמרץ, מועברים לאשפוז במחלקות אחרות בעיקר למחלקות פנימיות<sup>40</sup>. תנאי אשפוז אלו מתאימים הרבה פחות למי שזקוק לטיפול נמרץ. מספר המשרות של האחיות שנקבע בתקן המחלקות הפנימיות קטן בהרבה ממספר המשרות האחיות שנקבע בתקן של טיפול נמרץ - 3.5 משרות לכל שבע מיטות לטיפול נמרץ כללי ונשימתי, לעומת 0.85 משרות במחלקות פנימיות.

39 זיהומים אלו נגרמים מחיידקים העמידים לתרופות האנטיביוטיות המקובלות וגורמים לתמותה ולתחלואת יתר, לעלות גבוהה מאוד למערכת הרפואית ולפגיעה בכלכלת המדינה. ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2013) 363, בפרק "ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה", עמ' 671.

40 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2011) ב61, בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים" עמ' 169.



לפי הערכת הר"י יותר מ-500 חולים מוגדרים ב"סיכון מוגבר למוות" בשל המחסור במיטות אלה<sup>41</sup>.

יוצא שחולים שהיה צריך לאשפוזם במחלקות לטיפול נמרץ אך מאושפזים במחלקות פנימיות אינם מקבלים את הטיפול וההשגחה המיטביים שהם זקוקים להם. הדבר פוגע בזכותם לקבל טיפול רפואי נאות ולעתים אף עלול לסכן את חייהם.

### 3. פגיעה בזכויות החולה עקב מחסור במיטות לשיקום כללי וגריאטרי

חולים רבים שמאושפזים בבתי חולים כלליים צריכים לעבור תהליך של שיקום (שיקום כללי או שיקום גריאטרי) כהמשך לטיפול שקיבלו בבית החולים הכללי. אי-ביצוע שיקום לחולה הזקוק לכך פוגע בזכותו לקבל טיפול רפואי נאות. ביצוע תהליך השיקום גם מגן על כבודו של החולה, שכן חולים הזקוקים לשיקום ולא עברו תהליך זה עלולים להיות סיעודיים ותלויים בזולת לביצוע פעולות היום-יום.

תהליך השיקום מתקיים בבית חולים ייעודי או במחלקה ייעודית לשיקום בבית חולים כללי. בבתי החולים בארץ יש מחסור במיטות לשיקום גריאטרי<sup>42</sup> ובמיטות לשיקום כללי<sup>43</sup>. משרד מבקר המדינה כבר העיר בשנת 2011 שבפריפריה המחסור הוא גדול בהרבה<sup>44</sup>. לדוגמה, במחוז הצפון הייתה לכל 3,200 קשישים מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית, והממוצע הארצי היה מיטה אחת לכ-486 קשישים.

אם אין די מיטות אשפוז במחלקות השיקום, חולים הזקוקים לשיקום נשלחים למקומות שהם רחוקים ממקומות מגוריהם, והמשפחות מתקשות לתמוך בחולה המאושפז. לעתים קשישים הופכים לחולים סיעודיים משום שלא עברו תהליך שיקום, בין היתר עקב רצונן של קרופות החולים להפנותם למקומות מרוחקים לצורך שיקומם.

יוצא שהמחסור במיטות לשיקום פוגע בזכות החולה הזקוק לשיקום לקבל את הטיפול הרפואי הנאות שהוא זקוק לו, ולעתים הוא אף עלול להביא לידי הידרדרות במצבו הבריאותי.

משרד מבקר המדינה העיר בשנת 2011 למשרד הבריאות שעליו לפעול להוספת מיטות אשפוז במחלקות השיקום בפריפריה. בתשובתו מנובמבר 2012 הודיע המשרד, כי בשנים 2013 ו-2014 יתווספו לבתי החולים בפריפריה, בצפון ובדרום, כ-200 מיטות שיקום.

ואולם הביקורת הנוכחית העלתה שעד דצמבר 2014 נוספו בפריפריה רק 140 מיטות לשיקום.

- 41 על אף שהערכה זו ניתנה בשנת 2011, לדעת הר"י הנתונים רלוונטיים גם לשנת 2014. המקור - אתר הר"י באינטרנט "המצוקה בבתי החולים - מידע ונתונים עדכניים".
- 42 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012), בפרק "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.
- 43 ראו משרד הבריאות, תחום מידע ומחשוב. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל (2010), חלק ב, עמ' 30.
- 44 מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

## פגיעה בזכויות החולה עקב מצוקת כוח האדם הרפואי במחלקות הפנימיות

כדי לאפשר טיפול רפואי נאות בחולה יש צורך בכוח אדם רפואי וסיעודי בהיקף סביר. תקן כוח האדם הרפואי והסיעודי שחושב לפני שנים רבות ויש לבחנו מחדש, מבוסס על מספר המיטות שבתעודת הרישום של המחלקה כפי שנקבע ברישיון בית החולים. למקצועות הרפואיים האחרים (כגון טכנאי הנשמה, עובדים פרה-רפואיים, עובדים סוציאליים ומזכירות) לא נקבע תקן (ראו בהמשך).

### מצוקת הרופאים במחלקות הפנימיות

כבר בדוח קודם של מבקר המדינה<sup>45</sup> נאמר, כי יש מחסור ברופאים פנימאים, וכי שיטת התקינה הקיימת אינה מתאימה עוד לצורכי מערכת הבריאות. בבדיקה הנוכחית עלה כי המחסור בתחום זה נמשך.

### תקינה לא נכונה

בביקורת הנוכחית עלה כי התפוסה במחלקות הפנימיות גבוהה בהרבה ושיעורה המרבי הוא כ-140%. כלומר - במחלקה שבה לפי התקן 11 רופאים אמורים לטפל ב-38 חולים<sup>46</sup>, אותו צוות מטפל בכ-53 חולים.

### מחסור ברופאים פנימאים וגריאטרים

רופאים פנימאים: עקב המחסור ברופאים פנימאים הוגדר תחום זה כמקצוע במצוקה, ומאוגוסט 2011 ניתנו לרופאים הפנימאים תוספות שכר ולמתמחים חדשים ניתנו מענקים כספיים. עם זאת עלה בבדיקה הנוכחית כי המצוקה בתחום נמשכת.

גריאטרים: הן מהביקורת שערך משרד מבקר המדינה והן מהבקורות שערך משרד הבריאות בשנים 2012 ו-2013 עלה שיש מחסור ברופאים גריאטרים מומחים נוכח עומס העבודה.

המחסור ברופאים אלה משפיע על טיבו של המשך הטיפול שניתן לקשישים בקהילה או במוסד שבו הם שוהים, וגם זכויותיהם וכבודם נפגעים. נוכח הזדקנות האוכלוסייה והצורך ברופאים נוספים, על משרד הבריאות לפעול כדי לתת מענה למחסור זה.

45 ראו שם.

46 בתקן של בתי החולים הכלליים שנקבע בשנת 1976 נכללת משרת רופא אחד על כל חמש מיטות, וזאת נוסף על המשרה של מנהל מחלקה ל-30 המיטות הראשונות. לטיפול בכל שמונה מיטות נוספות יועסק רופא נוסף. לגבי תקן המחלקות הפנימיות: בית חולים ציבורי כללי יעסיק שלושה רופאים בכל מחלקה פנימית שיש בה מ-30 מיטות תקניות ומעלה, ושיעור התפוסה הממוצע שבה בשנת 1996 עלה על 80%. התקן עודכן במשך השנים בהסכמים עם הר"י.

מהנתונים של בתי החולים הכלליים הממשלתיים ובתי החולים של הכללית לשנת 2013 עולה, כי שמונה מחלקות פנימיות אינן עומדות בתקן שנקבע - 11 רופאים במחלקה בה 38 מיטות. כמו כן, המחלקות נבדלות זו מזו במידה ניכרת מבחינת היחס שבין מספר הרופאים והמתמחים ובין מספר החולים המאושפזים בהן, על אף שלחולים במחלקות האמורות יש אותם מאפיינים. לדוגמה: במחלקה אחת מועסקים 8.75 רופאים ומתמחים, ובמחלקה אחרת מועסקים 26 רופאים ומתמחים (היחס שבין מספר הרופאים והמתמחים למספר מיטות האשפוז לפי התקן, הוא 0.24 לעומת 0.68). משום כך יש מחלקות שבהן מטפל הרופא בחולים רבים יותר מכפי שנקבע בתקן, והדבר מטיל עומס עבודה על הרופאים ואף עלול לפגוע ביחס לחולה ובאיכות הטיפול בו.

על משרד הבריאות, משרד האוצר, נציבות שירות המדינה (נש"מ) והכללית להסדיר את נושא תקינת הרופאים ולהתאימה להתפתחות הטכנולוגית ולהתפתחות של תחומי התמחות שונים בתחום הרפואה. לצורך זה יש להתחשב בתקן מיטות האשפוז במחלקה ובשיעורי התפוסה שלהן; בתמהיל ובמורכבות של החולים המאושפזים; ובסדרי העדיפות שיקבע משרד הבריאות. לדעת משרד מבקר המדינה, גם בתנאים הקיימים במועד סיום הביקורת, ובכלל זה מצוקת כוח האדם בבתי החולים - ראוי שמשרד הבריאות ובתי החולים יקבעו כללים מחייבים למתן שירות רפואי לחולה.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2014, כי ישקול יחד עם משרד האוצר ונציבות שירות המדינה את התקינה הקיימת כדי להתאימה לדרישות הנוכחיות.

#### גיליון הערכה ומשוב לרופאים

בשנת 2014 הכינה נציבות שירות המדינה גיליון הערכה ומשוב לרופאים וביקשה ממנהלי בתי החולים הממשלתיים למלא גיליון כזה לכל רופא שעובד בבית החולים. בגיליון ניתן ביטוי מסוים להגנה על זכויות החולה בסעיף "יחסו של הרופא למטופל ובני משפחתו".

משרד מבקר המדינה מציין לחיוב את פעולתה של הנציבות בתחום הערכת רופאים, אך ממליץ לפניה לשקול להוסיף לגיליון הערכה את מידת ההכרה של הרופא בזכויות שיש לחולה המאושפז ובכבודו, כדי לחזק את המודעות של הצוות לזכויות החולים כפי שעולה מחוק זכויות החולה. ניתן גם להוסיף היבטים נוספים שנכללים במבחני ההסמכה לאישור אקדמיטציה בבתי החולים<sup>47</sup> כמו, יחס, התחשבות במגבלות שפה ותרבות, רגישות תרבותית, שמירה על פרטיות המטופל ועל סודיות המידע, שיתוף החולה ומשפחתו בקבלת החלטות והסכמה מדעת של החולה או של בני משפחתו לטיפולים רפואיים.

47 אקדמיטציה - מבדקי הסמכה שמקיים הארגון האמריקאי JCI - Joint Commission International. תהליך ההסמכה וקבלת תו האיכות והבטיחות הבין-לאומי מטעם JCI מחייב את בתי החולים לעבוד באופן בטיחותי ומסודר תוך הקפדה על סטנדרטים בין-לאומיים ומקומיים כדי לשפר את איכותו ובטיחותו של הטיפול. משרד הבריאות מתנה את חידוש רישונו של בית חולים בקבלת תו האיכות והבטיחות.

## פגיעה בזכויות החולה עקב מצוקת כוח האדם הסייעודי במחלקות הפנימיות

שיעור האחיות המועסקות בישראל קטן מאוד - בשנת 2012 היה שיעורן 4.8 אחיות לאלף נפש לעומת ממוצע של 9.1 אחיות לאלף נפש בקרב שאר מדינות ה-OECD.<sup>48</sup> למשל, אחד מבתי החולים ציין, כי במחלקותיו יש מחסור בכ-300 אחיות. משרד הבריאות מעריך שהמחסור באחיות בישראל יימשך גם בשנים הקרובות.

צוות אחיות שמתאים בהיקפו לצורכי המחלקה מאפשר להעניק לחולים טיפול רפואי נאות, לשמור על כבודו ולהתייחס אליו באורך רוח. כאשר הצוות הוא מצומצם וחסר, ועומס העבודה המוטל על האחיות במחלקה הוא רב - נפגעים הטיפול בחולה והיחס אליו.

### אחיות במחלקות האשפוז

בתקן נקבע מספר המשרות של האחיות לפי מספר המיטות במחלקה. למשל, לפי התקן במחלקה שבה 38 מיטות יועסקו 33.3 אחיות.

בביקורת עלה, כי ברוב המחלקות הפנימיות<sup>49</sup> מספר האחיות המועסקות בפועל קטן ממספרן על פי התקן, ויש מחלקות פנימיות שבהן מספר האחיות המועסקות קטן ב-4-8 אחיות מהנדרש בתקן. דוגמה למקרה של מחסור חמור במיוחד - באחת המחלקות הפנימיות אוישו 22.39 משרות של אחיות כשהתקן הוא 35, כלומר מספר האחיות בפועל קטן ב-12.61 מהתקן (36%).

יש לציין שמשרד מבקר המדינה כבר העיר בשנת 2011, כי עקב עומס העבודה במחלקות הפנימיות יש אחיות שמעדיפות שלא לעבוד במחלקות אלו. לעתים עובדות אחיות מעטות מדי במחלקה, והדבר עלול לסכן את החולים. למשל, לעתים קרובות יש רק שתי אחיות במשמרת לילה במחלקה של 40-50 חולים ויותר שחלקם חולים במחלות קשות ומורכבות, ולדעת אנשי מקצוע אין די בכך לטיפול בכל החולים במחלקה.<sup>50</sup>

בתשובתו מדצמבר 2014 מסר המשרד, כי "המחסור בתקנים [של אחיות] בולט בכל מוסדות הבריאות ונובע מחוסר של תקנון יחידות אשר הוקמו לאחר 1996... ומחסור עדכון של מפתחות טיפול אשר נקבעו ב-1996. העדכון מחויב בשל שינוי בתמהיל החולים ובמורכבותם".

- 48 נתונים השוואתיים על מערכות הבריאות ב-34 המדינות החברות בארגון המדינות לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי - ארגון ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), 2012. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי; ראו גם: ועדת בן נון (2007), הוועדה לכוח אדם (2010), מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), "כוח אדם רפואי וסייעודי תמונת מצב", עמ' 355, תת-פרק "אחיות", עמ' 366.
- 49 ב-47 מ-88 מחלקות פנימיות שב-18 בתי חולים כלליים.
- 50 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים" עמ' 169.

1. פעולות נוספות שעושות האחיות: הבדיקה העלתה שאחיות מבצעות גם מטלות הנכללות בתפקידיהם של עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים ודיאטניות, בגלל המחסור באנשי המקצוע האמורים, על אף שהן קיבלו הכשרה חלקית בלבד בנושאים אלה (ראו בהמשך). ביצוע מטלות אלה מגדיל את העומס המוטל עליהן.

עקב העומס המוטל על האחיות במחלקות הפנימיות הן אינן יכולות להיענות במהירות הראויה לקריאות החולים והטיפול שהן נותנות להם מתעכב, והדבר פוגע לעתים בכבודם של החולים ולעתים אף בכריאותם.

סיוע למאושפזים שלא בידי אחיות המחלקה:

א. הביקורת העלתה כי חלק מהחולים המאושפזים במחלקות הפנימיות ובמחלקות הכירורגיות נעזרים בקביעות במלווים (כמו בן משפחה או עובד זר) לצורך רחצה, האכלה, שינוי תנוחה, הורדה מהמיטה (בהנחיית האחיות המרכזות את הטיפול בחולה ובאחריותה). לדברי מנהל אחת המחלקות הכירורגיות, יש שחולים אינם יכולים "לשרוד" בלי עזרה של מלווים או בני משפחה השוהים ליד מיטתו.

ב. השגחה לאחר ניתוח: חולים שנותחו זקוקים לסיוע, הן לצורך קריאה לאחיות לטיפול בכאביהם והן למילוי צורכיהם הפיזיים, כגון הגשת שתיה, רחצה, ליווי לשירותים והשגחה בלילה. להערכת מנהלי מחלקות כירורגיות, כ-30% מהחולים לאחר ניתוח זקוקים להשגחה צמודה ולסיוע במהלך החלמתם. עקב עומס העבודה המוטל על האחיות במחלקה - בעיקר בשעות הלילה, כשמשמרת מאוישת בשתי אחיות בלבד, וכן בגלל חוסר היכולת של משפחות לשהות לצד יקיריהם בכל שעות היממה - ישנם חולים שאינם יכולים לקבל את הסיוע הדרוש להם או מקבלים אותו באיחור. בעת הביקורת התקשרו חלק מבתי החולים באמצעות מכרו עם חברות חיצוניות שמספקות שירות השגחה על חולים בתשלום של החולים, כשבתי החולים מפקחים על איכות השירות. שירות זה ממומן בחלקו בידי תכנית השב"ן שבקופות החולים<sup>5</sup>, והוא ניתן למשך 5-20 יום ועלותו כ-400 עד 500 ש"ח ליום.

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח המצוקה והמחסור ברופאים, אחיות ואנשי צוות אחרים, ובהתחשב בצרכים המיוחדים של חולים לאחר ניתוח הזקוקים להשגחה צמודה ואינם יכולים לקבל את הסיוע הנדרש להם - על משרדי הבריאות והאוצר להבטיח תקינה ראויה של אחיות או כוח אדם אחר שתיתן מענה הולם ושוויוני למצבים אלה, כדי שיתאפשר לכל החולים הזקוקים להשגחה צמודה ולסיוע לממש את צורכיהם הבסיסים ביותר.

2. שביעות רצון מעבודת האחיות: בשנת 2012 פרסם המשרד סקר בנוגע לשביעות הרצון של מאושפזים מהצוות הסייעודי במחלקות לכירורגיה כללית ובמחלקות

51 שב"ן - שירותי בריאות נוספים (לרוב שירותים שאינם כלולים בסל הבריאות).

הפנימיות<sup>52</sup>. הסקר נערך ב-11 בתי החולים הכלליים הממשלתיים, ונבדקו בו, בין היתר, מהירות ההיענות של האחות לקריאת החולה המאושפז במחלקות הפנימיות; מידת ההקשבה של האחות לדבריו; מידת הפרטיות שהוא מקבל.

בסקר עלה, כי שביעות הרצון של החולים מהאחיות של המחלקות הפנימיות הייתה פחותה משביעות הרצון של החולים מהאחיות במחלקות הכירורגיות. הסקר העלה גם, כי אשפוז במסדרון מפחית במידה ניכרת את שביעות הרצון של החולים מהאשפוז בבית החולים.

אחיות ראשיות במחלקות פנימיות קבלו לפני נציגי משרד מבקר המדינה על עומס העבודה הרב במחלקות שבאחריותן. לדעת משרד מבקר המדינה, העומס האמור אינו מאפשר מתן טיפול ראוי לחולים ולעתים אף מסכן אותם.

המשרד השיב בדצמבר 2014 למשרד מבקר המדינה, כי הוא פועל להגדלת מספר הסטודנטים לסייעוד.

אחות מרכזת טיפול באשפוז בכללית: הכללית גיבשה בשנת 2013 תכנית לשיפור השירות לחולים המאושפזים. לפי התכנית תרכזו אחות מוסמכת את הטיפול בחולה המאושפז, כדי לקדם את איכות הטיפול ולשפר את השירות, לתת תחושת ביטחון למטופל ולמשפחתו ולשמור על הרצף הטיפולי בין מסגרת האשפוז לקראת השחרור לקהילה. אחות זו הוגדרה כ"אחות מרכזת טיפול"<sup>53</sup>. אחיות אלה עובדות במשמרות בוקר וערב. בכל משמרת מטפלות האחיות במספר שונה של חולים שנע בין חמישה ל-11 חולים. יש לראות בחיוב את פעילות הכללית בנושא.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי גם משרד הבריאות יבחן את תוצאות התכנית של הכללית ואת השפעותיה, כדי לשקול אם לאמצה ולהטמיעה בכל בתי החולים.

## מינוי "מנהל מקרה" רפואי למטופל המאושפז בבית החולים (case manager)

1. אי-מינוי "מנהל מקרה" לניהול הטיפול הרפואי - האחיות לניהול הטיפול הרפואי במרבית המטופלים המאושפזים בבית חולים מוטלת על רופאים ממחלקה מוגדרת בבית החולים, בדרך כלל המחלקה הרפואית המאושפזת. ואולם לעתים שוררת עמימות בנוגע להגדרת המחלקה הרפואית האחראית לניהול הטיפול הרפואי במטופל. מדובר, בין היתר, במטופלים שבעיותיהם הרפואיות הן מורכבות ורב-תחומיות שהטיפול בהם דורש מעורבות של כמה בעלי תפקידים בעת ובעונה אחת; או במטופלים המאושפזים במחלקות "לוויין"<sup>54</sup>, שהאחריות הרפואית לטיפול בהם מוטלת דווקא על המחלקה המקורית שבה היו צריכים להתאשפז לפי

52 סקר שנערך בשיתוף פעולה בין מינהל הסייעוד ובין האגף לרפואה כללית במשרד הבריאות, ופורסם בדוח מינהל הסייעוד לשנת 2012 המציג את יעדי המשרד לשנת 2013. הסקר נערך בחודשים ספטמבר-אוקטובר 2010. במועד סיום הביקורת עדיין לא בוצע סקר נוסף בעניין זה.

53 מסמך של הכללית, חטיבת בתי החולים, ערכה למנהלות, אחות מרכזת טיפול (2013).

54 בשל מצוקת האשפוז ומחסור במיטות לעתים מאושפזים חולים במחלקות "לוויין". למשל, חולה שלפי אופי מחלתו צריך להיות מאושפז במחלקה פנימית מתאשפז במחלקה אחרת שבה התפוסה נמוכה יותר (כגון מחלקת עור או אף אוזן גרון).

אופי מחלתם. נוהל המשרד<sup>55</sup> מדצמבר 2011 מנחה את בתי החולים להכין נוהל פנימי למינוי "מנהל מקרה" רפואי למצבים אלה.

הנוהל קובע, כי בכל מקרה שמנהל המחלקה המאשפזת, או כל אחד מהמטפלים הרפואיים במקרה רפואי מסוים, ימצא לנכון שיש צורך למנות "מנהל מקרה" לניהול הטיפול הרפואי, "[הוא] יביא את המידע האמור להחלטת מנהל בית החולים או מי שמונה מטעמו אשר ימנה, לפי שיקול דעתו 'מנהל מקרה' רפואי המתאים ביותר". על "מנהל המקרה" הרפואי למסור מידע רפואי רלוונטי למטופל; לרכז את כל ההמלצות וההוראות הטיפוליות שנתנו היועצים השונים ולוודא כי הן מתואמות, אינן מסכנות את בטיחות המטופל, ומיושמות בפועל; לוודא שמתבצע פענוח של בדיקות מעבדה, הדמיה ובדיקות אחרות; לנהל את הרשומה הרפואית כנדרש; להבטיח רצף של מידע רפואי שנחוץ לטיפול הרפואי במטופל באשפוז (לרבות העברתו למסגרת אשפוזית אחרת) או לטיפול בקהילה.

בנוהל המשרד נאמר, כי אי-מינוי מנהל מקרה כנדרש בנוהל מגדיל את הסיכון לכך שהמטופל לא יקבל את הטיפול המיטבי הנדרש, ואף עלול לגרום פגיעה בבטיחות המטופל.

בבדיקה נמצא, כי רוב בתי החולים (14 מ-18)<sup>56</sup> לא מינו "מנהל מקרה" רפואי בעת הצורך<sup>57</sup> וגם לא הכינו נוהל פנימי למינוי. אי-מינוי מנהל מקרה עלול לפגוע בטיפול הרפואי הניתן לחולה.

בתי החולים שלא מינו "מנהל מקרה" רפואי הסבירו, כי לפי שיטת העבודה שלהם כל רופא מתמחה אחראי לחולה מסוים, ורופא בכיר אחראי לכמה חולים, או ששני רופאים בכירים ומתמחים מחלקים ביניהם את האחריות למחצית חולי המחלקה. עוד הסבירו, כי חולים עם בעיות מורכבות או רב-תחומיות או חולים המאושפזים במחלקות "לוויין" מטופלים כשאר החולים באותן המחלקות. עוד עלה, כי בבתי חולים אלה עדיין לא הוכן נוהל פנימי למינוי "מנהל מקרה" רפואי.

2. הפגיעה באיכות הטיפול של חולה המאושפז במחלקות לוויין: כאמור, בשל מצוקת האשפוז ומחסור במיטות לעתים מאשפזים חולים במחלקת "לוויין", שאינה המחלקה שבה הוא צריך להיות מאושפז לפי אופי מחלתו. ניתוקו של החולה מהמחלקה המקורית עלול לגרום לפגיעה באיכות הטיפול בו, שכן זמינותם של רופאי המחלקה המקורית לטפל בו נמוכה מזמינותם לטפל בחולים אחרים במחלקה. מצד שני הצוות הרפואי במחלקות הלוויין אינו מיומן בטיפול במחלתו ואף עלול לתת לטיפול בו עדיפות נמוכה יותר מהטיפול ביתר החולים במחלקת הלוויין.

הזכויות של חולה במחלקת הלוויין עלולות להיפגע מאחר שאינו מאושפז במחלקה המקורית שבה יש צוות רפואי וסיעודי שצבר ניסיון בטיפול המתאים לו. לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח אי-יישומו של נוהל משרד הבריאות בנוגע למינוי "מנהל מקרה" רפואי, על המשרד לפעול להטמעת הנוהל באופן שיובטח הטיפול הרפואי הנאות בחולים עם בעיות מורכבות או רב-תחומיות, או בחולים המאושפזים במחלקות "לוויין".

55 חוזר מינהל רפואה מס' 50/2011, מ-28.12.11.

56 התקבלו תשובות של 18 בתי חולים.

57 בית חולים נוסף מסר למשרד מבקר המדינה, כי הנושא נמצא אצלו בשלבי הטמעה.

## דחיות של ניתוחים

מבדיקת תלונות שהופנו למשרד מבקר המדינה עלה, כי קורה שניתוחים מבוטלים או נדחים "ברגע האחרון", לעתים לאחר שהחולה כבר הוכן לניתוח והיה בצום. יש אף מטופלים שהניתוח שלהם נדחה כמה פעמים. גם במשרד הבריאות התקבלו תלונות בעניין זה.

דחיית ניתוח ברגע האחרון פוגעת בחולה ובבני משפחתו - היא מעלה את רמת החרדה ואי-הודאות שלו, גורמת לו להרגיש שלא מתחשבים בו ואף מזלזלים ברגשותיו, מגדילה את העומס המוטל על בני המשפחה המלווים את החולה ולעתים אף עלולה לסכן מבחינה רפואית את החולה שניתוחו נדחה.

בבדיקה עלה, כי לשבעה מ-18 בתי החולים שנבדקו אין נתונים שניתן ללמוד מהם כמה ניתוחים נדחו בשנת 2013 ומה היו הסיבות לכך. מנתוני שאר בתי החולים עולה כי היקף הניתוחים שנדחו או בוטלו ברגע האחרון הוא בין 2% ל-6%. בסך הכול מדובר בכמה מאות מקרים בשנה בכל אחד מבתי החולים. הסיבות לדחיות ולביטולים של ניתוחים שעליהן דיווחו בתי החולים הם: התארכות ניתוחים מתוכננים; הצורך לבצע ניתוחים דחופים; החלטה רפואית; אי-ביצוע ההכנות לניתוח כנדרש; טעות בהזמנת הניתוח ועוד.

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי למנוע פגיעה בכבוד החולה, ביחסי האמון שבינו ובין הרופא, ברגשותיו וברגשות בני משפחתו - על המשרד ובתי החולים למפות את הנתונים על היקף הדחיות והביטולים של ניתוחים ברגע האחרון ולנתח את הסיבות לכך. בהתאם לכך עליהם להנהיג פתרונות מעשיים שיצמצמו דחיות וביטולים של ניתוחים, למשל בגלל אי-הכנת החולה או הצוות כנדרש. במקרים שבהם אין בררה אלא לדחות או לבטל את הניתוח - יש להפיק לקחים על מנת שלא יישנו. על המשרד לשקול לכלול בין מדדי האיכות של כל בית חולים את היקף הביטולים והדחיות של הניתוחים ברגע האחרון, ולשים לו למטרה לצמצם אותם.

בתשובתו מדצמבר 2014 מסר המשרד, כי הוא יגדיר מדד ייעודי למדידת אחוז הביטולים והדחיות של ניתוחים. לאחר שייקיים מחקר בשנת 2015 על היקף הניתוחים שבוטלו או נדחו בבתי החולים ברגע האחרון, יפעל בהתאם לממצאי המחקר להעלאת המודעות לנושא.

## המתנת חולים לבדיקות במהלך האשפוז

חולים המאושפזים בבית החולים עוברים במהלך האשפוז בדיקות כמו: הדמיות MRI, בדיקת PETCT, בדיקות אולטרה-סאונד שונות, בדיקות אחרות כמו אקו לב, מיפוי לב, ביופסיות, אנדוסקופיה וקולונוסקופיה. כמה מנהלי מחלקות פנימיות מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי לעתים האשפוז של חולים מתארך בשל הצורך להמתין לבדיקות, שכן לפני ביצוען לא ניתן להתחיל בטיפול<sup>58</sup>.

58 אחד מבתי החולים מסר לדוגמה, כי זמני המתנה ממוצעים של חולים מאושפזים לבדיקות מסוימות הוא: לאנדוסקופיה וקולונוסקופיה 4.8 ימים, לאקו לב 2.5 ימים.



נוסף על האמור לעיל, אשפוז שמתמשך בגלל המתנה לבדיקות חושף את החולים לסיכונים מיותרים (כגון זיהומים נרכשים) וגורם נזק כלכלי למערכת.

בבדיקה עלה, כי רק מחצית מ-18 בתי החולים מרכזים נתונים על זמני המתנה של החולים לבדיקות במהלך האשפוז. כמה בתי חולים מסרו על התועלת שהפיקו מריכוז זמני ההמתנה ומנייתוח הסיבות לכך. לדוגמה, בית חולים מסוים החליט על דרכי פעולה לקיצור ההמתנה לבדיקות בעת האשפוז בעקבות הממצאים שהעלה.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שכל בתי החולים ירכזו את הנתונים, ינתחו ויאפיינו אותם, יאתרו "צווארי בקבוק", ויקבעו כללים שיאפשרו להקדים את מתן הטיפול הרפואי ולקצר את האשפוז. ראוי שמשרד הבריאות ינחה את כל בתי החולים בהתאם לכך.

### אי-מימוש זכות החולה לצמצם בדיקות דימות מקרינות

בדיקות דימות כגון צילום רנטגן, טומוגרפיה ממוחשבת (להלן גם - CT), מכשיר דימות המבוסס על תהודה מגנטית (להלן גם - MRI) ובדיקת אולטרה סאונד (להלן גם - US) משמשות בעיקר לאבחון קליני<sup>59</sup>. לרוב הבדיקה אינה פולשנית, והיא מאפשרת להפיק צילומים של חלקים פנימיים בגוף החולה. השימוש בצילום ובמכשור מתקדמים תורמים לאיכות, ליעילות ולבטיחות של הטיפול.

בבדיקת CT נחשף החולה לקרינה מייננת. קרינה זו כלולה ברשימת הגורמים המסרטנים<sup>60</sup> שעלולים לגרום נזק למי שנבדק בה. היות שקרינה מייננת מסוכנת יותר לילדים מאשר לאוכלוסייה מבוגרת, נוהל המשרד<sup>61</sup> קובע כי יש להמעיט ככל האפשר בחשיפת ילדים לקרינת רנטגן ולהעדיף חלופה שבה הקרינה פחותה, כמו בבדיקות MRI או US שאינן כרוכות בשימוש בקרינה (ולעתים תוצאותיהן אף מדויקות יותר).

ואולם, בישראל יש רק כשלושה מכשירי MRI לכל מיליון תושבים לעומת 14 מכשירי MRI בממוצע במדינות ה-OECD. מספר מכשירי ה-CT בישראל הוא רק 9.2 למיליון איש לעומת 24 מכשירי CT למיליון איש בממוצע במדינות ה-OECD<sup>62</sup>. יצוין כי יש מכשירי CT מתקדמים הפולטים קרינה מופחתת, אך בבדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, כי כ-20% ממכשירי ה-CT הפעילים בארץ אינם פולטים קרינה מופחתת.

חוק זכויות החולה קובע את המידע שיש למסור למטופל, ובכלל זה מידע על הטיפול המוצע ועל הסיכונים הכרוכים בו וכן על חלופות אפשריות לטיפול המוצע. בהתאם לכך, נוהל המשרד קובע,

59 ראו גם בקובץ דוחות זה בפרק בנושא "בדיקות דימות מתקדמות", עמ' 609-666.  
 60 גורמים מסרטנים - גורמים שמעודדים התפתחות של סרטן באדם או בבעלי חיים. קרצינוגנים מסוימים כוללים קרינה מייננת, וכן חומרים כימיים רבים, לרבות אלה שבעשן סיגריות ובחומרים תעשייתיים מסוימים. הם גורמים נזק לחומר הגנטי (הדנ"א - DNA) של התא.  
 61 משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי, "ביצוע בדיקות דימות החושפות ילדים ויילודים לקרינה מייננת" מס' 18/09 (19.4.09).  
 62 ראו ה"ש 2.

כי "על הרופא המטפל להסביר להורי הילד הנבדק את מהות הבדיקה לרבות משמעות החשיפה לקרינה וחלופות אם קיימות".

הביקורת העלתה, כי 17 מ-18 בתי החולים שנבדקו אינם מביאים לידיעתם של רוב החולים את האפשרות לבצע את בדיקת הדימות הדרושה להם ללא קרינה מייננת, גם כאשר הדבר אפשרי מבחינה רפואית. אשר לבדיקות הדימות לילודים ולילדים - אחד מבתי החולים אף מסר למשרד מבקר המדינה כי "בנושא ילדים מדובר בסוגיה מורכבת שבה זמינות ודחיפות נוטלים חלק רב".

זמני המתנה של חולים לבדיקות במכשירי דימות מתקדמים שאינם פולטים קרינה מסוכנת הם ארוכים. משום כך לעתים מתקבלת ההחלטה בנוגע למהות הבדיקה על בסיס השיקול של זמינות המכשירים ולא על בסיס השיקול הקליני של התאמת הבדיקה לחולה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבחון דרכים שיסייעו להטמיע בבתי החולים את הוראות החוק והנהל. ההוראות קובעות שיש להביא לידיעת החולים את הסיכונים הכרוכים בבדיקה שיש בה חשיפה לקרינה מייננת ולמסור להם מידע על הבדיקות החלופיות המתאימות בעיקר מבחינת הקרינה המופחתת שהנבדקים נחשפים אליה. יש להבהיר להם שבדיקות אלה זמינות פחות, וכן את הסיכונים הכרוכים בהמתנה לבדיקות מופחתות קרינה.

## שמירה על הסודיות הרפואית של החולה המאושפז

1. חוק זכויות החולה וכן חוזר המשרד שנקבע על בסיס חוק זה<sup>63</sup> קובעים, כי חובה על כל מטפל ועובד במוסד רפואי לשמור בסוד כל מידע הנוגע למטופל שנודע להם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם. מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי רק לאחר שהמטופל נתן את הסכמתו לכך, או באחד המקרים הספציפיים המנויים בחוק<sup>64</sup>.

הועלה כי כאשר חולה מתקבל לאשפוז הוא נשאל למי הוא מתיר למסור מידע ועדכון על מצבו הרפואי. תשובת החולה מתועדת בתיקו הרפואי. בכל מחלקות האשפוז בבתי החולים יש הסדרים למסירת מידע ועדכון על מצב החולה לבני משפחתו ולמי שהחולה הורה למסור לו מידע.

עלה שכל בתי החולים שנבדקו לא מוודאים שהם מוסרים את המידע רק למי שמורשה מטעם החולה לקבלו, ואין הם דורשים ממבקש המידע להזדהות.

63 חוזר המנהל הכללי "מגילת זכויות המטופל בראיה של חובות המטפל", מס' 9/06 (3.4.06).  
64 מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי רק באחד המקרים המנויים בחוק: (א) המטופל נתן הסכמתו למסירת המידע הרפואי (באמצעות כתב ויתור סודיות); (ב) חלה חובה על פי דין (חוק, תקנות או צו מנומק של בית משפט) למסור את המידע הרפואי; (ג) המידע נמסר למטפל אחר לצורך טיפול באותו מטופל; (ד) ועדת האתיקה אישרה את מסירת המידע אחרי שקבעה כי הדבר חיוני להגנה על בריאות הזולת או הציבור, או כי עלול להיגרם נזק חמור לבריאותו או לשלומו של המטופל אם יקבל בעצמו את המידע; (ה) המידע נמסר למוסד הרפואי המטפל או לעובד המוסד לצורך עיבוד המידע או דיווח על פי דין; (ו) המידע נמסר ללא פרטים מזהים של המטופל לשם פרסום בביטאון מדעי או למטרות מחקר או הוראה.

בית חולים מסוים אף כתב למשרד מבקר המדינה, כי "אין בידנו אפשרות לוודא כי רופאים או אחיות אכן בודקים את תיק המטופל בכל סיטואציה של מסירת מידע לקרוב או מלווה"; כמו כן, רופאים אחדים בבתי החולים טענו לפני נציגי משרד מבקר המדינה, כי לעתים הם נדרשים להסביר לבני המשפחה כי אינם יכולים למסור מידע על החולה מטעמי סודיות רפואית, והדבר מעורר כעסים ועימותים עם אותם בני משפחה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון את הצורך בגיבוש תכנית הסברה לציבור על זכויות החולה המאושפז בכלל, ועל זכויות החולה בנוגע לקבלת מידע מהצוות הרפואי על מצבו בפרט. כמו כן, על בתי החולים להקפיד על האמור בחוק ובחזון המשרד ולמסור מידע רפואי רק למי שרשאי לקבלו.

2. בביקורת עלה גם, כי לא תמיד נשמרת דיסקרטיות בעת טיפול בענייני החולה. בדרך כלל הסיבה לכך היא היעדר משאבים פיזיים שיכולים לאפשר שמירה על פרטיות החולה המאושפז. למשל: בעת טיפול בחולים המאושפזים במסדרונות המחלקות; בעבודת המזכירות הרפואיות במחלקות המתבצעת באופן שהוא חשוף לעין כול; בעת שיחות של צוות רפואי וצוות פרה-רפואי ועובדים סוציאליים עם בני משפחה של חולים; בחדרי המיון בעת שחולים רבים ובני משפחותיהם שוהים באולם הטיפולים אף בעת שהם נבדקים. במקרים רבים רק וילון בד דק מפריד בין החולים, והסודיות הרפואית ופרטיות החולה אינן נשמרות.

לדעת משרד מבקר המדינה, גם בהתחשב במגבלת המשאבים הקיימים ראוי שהצוותים המטפלים יהיו ערים לצורך בהקפדה על הסודיות הרפואית ועל פרטיות החולה ויעשו מאמצים מרביים לצמצם ככל האפשר פגיעה זו, הן מבחינת התנהגותם האישית והן מבחינת השימוש באמצעים לצמצום הפגיעה. על משרד הבריאות ובתי החולים לשזב ולחדד צורך זה לפני הצוותים; לגבש תכנית להשלמת חסרים במשאבים הפיזיים הנדרשים; לבחון את התקציב שיש להקצות לכך ולקבוע לפיו את לוח הזמנים ליישום התכנית.

## מסירה יזומה של מידע רפואי לבני המשפחה

הוראות המשרד קובעות שעל בתי החולים לקבוע מועדים שבהם יתאפשר לבני המשפחה להיפגש עם הרופא המטפל ועם האחיות לצורך מסירת מידע על בן המשפחה המאושפז<sup>65</sup>. כל בתי החולים מסרו כי קבעו מועדים כאלה, ובדרך כלל יש הקפדה על כך.

מנהלי מחלקות מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי לעתים המידע על החולה נמסר לכמה בני משפחה שלו, לכל אחד מהם בנפרד. לעתים הדבר נעשה בשעות הקבלה למסירת מידע, אך לעתים ב"שיחת מסדרון" של בן המשפחה עם הרופא, ולא פעם בעת שבה הדבר מפריע לפעילות השגרתית של הרופאים במחלקה.

מצד שני יש שבני משפחה שאינם פונים לרופאים בבקשה לקבלת מידע כלל - אם משום ששעות הקבלה אינן נוחות להם, ואם בשל חשש מפנייה לרופאים שנתפסים בעיניהם כדמויות סמכותיות

65 מינהל רפואה: "שעות ביקור משפחות אצל מאושפזים", חוזר מס' 11/2007, מ-13.6.07, סעיף 13.

המטילות מרות. בשל כך מסתפקים בני המשפחה בקבלת מידע ועדכון בנוגע לבן משפחתם לא ממקור בר-סמך - רופאי המחלקה, אלא מאחיות או מכוח עזר.

לדעת מנהלי המחלקות, דווקא מגמת המעורבות המוגברת של בן משפחה משפרת את הטיפול ומגבירה את האפקטיביות שלו. למשל, כשמוטל על הצוות הרפואי והצוות הסייעודי עומס רב - הוא עשוי לקבל בברכה סיוע מצד בני המשפחה.

לדעת משרד מבקר המדינה, תקשורת הולמת בין הצוות הרפואי ובין החולה ובני משפחתו מאפשרת מתן ביטוי לזכות החולה לכבוד ולפרטיות. ראוי שמשרד הבריאות יבחן כיצד לשפר נושא זה. בבחינת הנושא רצוי להתייחס למועדים שנקבעו למסירת המידע, לשפה שבה נמסרים הפרטים ולמהותם, לסוגי המצבים הרפואיים המחייבים עדכון ולתדירות מסירת המידע.

## קביעת "סל אשפוז" בבית חולים כללי

חוק ביטוח בריאות מגדיר ומפרט את סל שירותי הבריאות שכל תושב במדינה זכאי לו. אחד מהם הוא אשפוז בבית חולים כללי. לפיכך ניתן היה לצפות שייקבעו תקני השירות לחולים - הן מבחינת בעלי המקצוע ועובדי המינהל שעליהם לספק את השירות לתושב והן מבחינת הציוד והמכשור הרפואי הנדרשים.

בבדיקה עלה, כי משרד הבריאות לא קבע לבתי החולים הממשלתיים תקן של עובדים סוציאליים וכן תקן למקצועות הבריאות השונים כגון פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטניות וקלינאיות תקשורת; המשרד גם לא קבע תקן לעובדי המינהל ובהם מזכירות רפואיות, פקידים קבלה וטכנאי הנשמה; כמו כן עלה, שהמשרד לא קבע תקן בנוגע לסוגי המכשירים והמתקנים הרפואיים הנדרשים למתן טיפול נאות בחולים ומספרם, ואף לא קבע תקן לגבי איכות הציוד הרפואי האמור. תוספות תקנים (למעט אחיות שלגביהן יש הסכם קיבוצי) ניתנות רק כאשר משרד האוצר מאשר תקציב להוספת מיטות אשפוז.

לדעת משרד מבקר המדינה, קביעת התקן למשאבים שמקצה המשרד לטיפול בחולה המאושפז הכרחית לעמידה בכללי מינהל תקין. על מספר התקנים לתת מענה להיקף הפעילות בפועל. מדובר בכלי ניהולי מהמעלה הראשונה המאפשר למנהל לקבוע את סדרי הקצאת משאביו על פי שיקולי הארגון, ועם זאת להבטיח שהמשאבים המוקצים לטיפול בחולה לא יפחתו מהמינימום הנדרש. קביעת התקנים הנדרשים גם מאפשרת תכנון נכון של גיוס כוח אדם ושל תקציב המשרד ותקציב בתי החולים. לכן ראוי שהמשרד יקיים עבודת מטה יסודית ומקיפה לבחינת מכלול התקנים של בית החולים. ראייתו המערכתית והכוללת של המשרד תוכל לשקף את מדיניותו בנוגע למתן השירות לתושב, ותשמש תשתית למחויבות המבוססת על אמנת השירות שהוא קבע. בלא תקן מחייב עלולות להיפגע זכויות החולה.

## השירות הסוציאלי בבתי חולים כלליים

החוק קובע כי בתחום העבודה הסוציאלית יש להתמקד בטיפולים אלה: (א) טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במצבים חריפים; (ב) טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במחלות ממושכות; (ג) טיפול בחולה ובמשפחתו בסיוע למיצוי משאבים אישיים ולגיוס משאבים קהילתיים, חברתיים ומוסדיים שיטפלו בחולה כחלופה לאשפוז או למניעתו.

פעילותו של השירות הסוציאלי בבתי החולים בארץ מתבטאת, בין היתר, באיתור חולים בסיכון (כגון חולים הסובלים מאלימות במשפחה, מתקיפה מינית ומתת-תזונה); במתן תמיכה נפשית לחולים ולבני המשפחה; בסיוע לחולה בהתמודדות עם מצבו; באיתור מוסד שיקומי עבורו; באיתור גורמים בקהילה שיתמכו בו אחרי שחרורו מבית החולים; בסיוע במיצוי זכויותיו ובהסדרת התיאום עם בני המשפחה ועם מוסדות אחרים להמשך הטיפול בו<sup>66</sup>. את השירות הסוציאלי מספקים בעיקר עובדים סוציאליים.

### היעדר תקן מחייב לעובדים סוציאליים והיעדר נתונים בנושא במשרד הבריאות

על אף שהעובד הסוציאלי הוא אחת החוליות החיוניות בשרשרת הטיפול בחולה ובבני משפחתו שתפקידו להשלים את התמיכה בהחלמתו של החולה ובחזרתו לשגרת היום-יום - לא קבע המשרד תקן לעובדים סוציאליים בבתי החולים הכלליים, וכל בית חולים כללי קובע בעצמו את היקף משרתם<sup>67</sup>.

בניגוד למשרד הבריאות, קיימה הכללית עבודת מטה בנושא מפתחות תקינה לשיכוך עובדים סוציאליים בכל תחומי הטיפול (אשפוז וקהילה) בשלושה שלבים. ההמלצות שהתקבלו בעבודה זו היו אמורות להתממש בהדרגה במשך כמה שנים, והן סוכמו בדוח סופי בינואר 2010. למשל, בשלב הראשון של יישום התכנית יושלם התקן של עובד סוציאלי במחלקות הפנימיות להיקף משרה של 75%. לדברי מנהלת השירות הסוציאלי של הכללית, יישום ההחלטות שהתקבלו בעבודת המטה אמור לאפשר בסופו של תהליך האיוש מתן שירות סוציאלי הולם לכלל המטופלים בקופה. היא הוסיפה, שעובד סוציאלי שעובד במחלקה פנימית בהיקף משרה של 75% - אינו מסוגל לטפל כנדרש בכל צורכי החולים. באוגוסט 2010 אישר סמנכ"ל בתי החולים של הכללית דאז, ד"ר אהוד דוידסון, את יישום השלב הראשון של איוש משרות העובדים שנקבעו בעבודת המטה. בעת סיום הביקורת באוגוסט 2014 כבר הוספו עשרות משרות ומרביתן אוישו.

בבדיקה עלה שקיימים הבדלים בין היקף המשרות של עובדים סוציאליים במחלקות הפנימיות בבתי החולים הממשלתיים ובין אלו של הכללית (שבהן מאושפזים בפועל כ-40 חולים). היקף המשרה נע בין 30% משרה למשרה מלאה. זאת משום שהיקף המשרות של העובדים הסוציאליים נתונים לשיקול דעתו של בית החולים. במחלקה כירורגית מורחבת במרכז רפואי גדול שבה מאושפזים באופן קבוע כ-70 חולים ויותר - היקף משרתה של העובדת הסוציאלית הוא 30% בלבד, ואף מנהל המחלקה ציין, כי עובדת סוציאלית שזהו היקף עבודתה אינה מסוגלת לטפל כנדרש בכל צורכי החולים. יצוין שגם לדעת המשרד (בתשובתו מדצמבר 2014) יש מקום להערכת הצורך ולהגדלת התקינה במחלקות.

66 על פי חוזר מינהל רפואה 35/99 מ-22.8.99, סעיף 2. במועד סיום הביקורת, כ-15 שנים לאחר שפורסם החוזר, הוא עדיין לא עורכן.

67 יצוין כי מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד המליצה לבתי החולים להעסיק במחלקה פנימית עובדת סוציאלית בהיקף של חצי משרה.

עוד עלה בביקורת, כי למשרד הבריאות אין נתונים על מצבת העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות, לרבות בתי החולים הכלליים שבניהולו. לפיכך אין לו תמונת מצב של השירות הסוציאלי שמוענק בפועל לחולים, ואין הוא יכול לקבוע מהו התקן הראוי לשירות זה בבתי החולים. דוח ביקורת זה עוסק בבתי חולים כלליים, ואולם ראוי לשקול ליישם בכל מערכת הבריאות את ההמלצה לקבוע תקן של עובדים סוציאליים, כדי שהטיפול הרפואי והתומך יינתן ברמה נאותה ומספקת.

### ההשפעות של מצוקת השירותים הסוציאליים על זכויות החולה

סיוע חלקי לחולים וסיוע שניתן שלא באמצעות עובדים סוציאליים: בביקורת עלה, כי העובדים הסוציאליים בבתי החולים אינם בודקים בדרך כלל בתיקים הרפואיים של החולים מי מהם זקוק לשירותיהם, וכי בפועל אחיות המחלקה הן אלו שמודיעות לעובדים הסוציאליים אילו חולים זקוקים לשירותיהם<sup>68</sup>. נוכח המחסור בתקני העובדים הסוציאליים בבתי החולים נדרשות אחיות המחלקה, שממילא מוטל עליהן עומס עבודה רב, לבצע לעתים תפקידים שבאחריותם של עובדים סוציאליים, כגון יצירת קשר עם בתי אבות, קופות חולים ובני משפחה. מנהלים של כמה מחלקות פנימיות קבלו לפני הביקורת על היקף משרתן הנמוך של העובדות הסוציאליות המועסקות במחלקותיהם. אחד מהם, שהעובדת הסוציאלית שבמחלקתו מועסקת בחצי משרה, מסר לנציגי משרד מבקר המדינה, כי פעמים רבות אחרי שנפתרה הבעיה הרפואית של החולה "אין לו עו"ס לצורך שחרור החולה מהמחלקה". הוא ציין, כי המחסור בעובדים סוציאליים הוא "הכי זועק, ואפילו יותר מ[המחסור ב]רופאים".

העובדים הסוציאליים בבתי החולים מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי אין ביכולתם לתת טיפול יסודי דיו גם לחולים שהם מטפלים בהם. למשל - לספק להם מידע על זכויותיהם בעקבות האשפוז, או לקבל תוספת של שעות עזרה ביתית או סיוע של עובד זר - דברים שעשויים גם למנוע אשפוזים חוזרים. הבדיקה העלתה שעיקר הטיפול של העובד הסוציאלי מתמקד ב"תכנון השחרור" של החולה כדי לפנות את המיטה שבה הוא מאושפז, אך נבצר ממנו לסייע לחולה ולבני משפחתו באופן יסודי יותר כמו - שיפור תפקודם הפסיכו-סוציאלי האישי והבין-אישי.

אין התמקדות בצרכים הייחודיים של ניצולי שואה וחולים אונקולוגיים: ניצולי שואה ובני משפחותיהם זקוקים לתמיכה רגשית מיוחדת ולמידע על זכויותיהם. לדעת אנשי מקצוע, לטראומת השואה יש השפעות רגשיות, נפשיות ופיזיות על הניצולים, והן מתעצמות במהלך האשפוז. הדבר עלול לגרום התנהגויות חריגות של מטופלים ולא-שיתוף פעולה ביניהם ובין הצוות המטפל. גם חולים אונקולוגיים ובני משפחותיהם זקוקים לתמיכה רגשית בעקבות גילוי המחלה והצורך להתמודד עמה ועם הטיפולים הקשים שעל החולים לעבור, וגם הם זקוקים למידע בנוגע לזכויותיהם. במקרים אלה למעורבותם של העובדים הסוציאליים עשויה להיות השפעה מכרעת, הן על איכות הטיפול במטופל והן על שגרת חייו כחולה אונקולוגי.

68 האחיות מקיימות קבלה סיעודית לכל חולה שמתאשפז במחלקה, ומציגות למטופל שאלות בנושאים סוציאליים. האחיות מתרשמות גם במהלך האשפוז מתפקוד החולה, מביקורי בני משפחה ואורחים אצלו וממערכות תומכות אחרות שיש למטופל.

ואולם בביקורת עלה, שיש חולים מאושפזים ניצולי שואה וחולים אונקולוגיים שלא טופלו בידי עובד סוציאלי. למשל, באחת המחלקות של בית חולים ממשלתי היו מאושפזים 32 חולים ב-28.7.14, ארבעה מהם ניצולי שואה. נמצא כי שלושה מארבעת ניצולי השואה האמורים לא קיבלו טיפול מעובד סוציאלי כלל.

משאבים ייחודיים המושקעים במאושפזים "חסרי מעמד": בבתי חולים מסוימים (כגון וולפסון ואיכילוב) מאושפזים חולים רבים באשפוז רגיל או לצורך לידה שהם "חסרי מעמד". לדברי העובדות הסוציאליות בבתי חולים אלה, הטיפול בחולים אלה הוא ממושך, נוכח המורכבות שבמציאת דרך הולמת לטיפול בצורכיהם בשל היותם חסרי זכויות. משום שלא נקבע גורם אחר שיטפל בצורכיהם הנטל נופל על כתפי העובדות הסוציאליות - שממילא מוטל עליהן עומס עבודה כבד. הדבר פוגע באיכות הטיפול שהן נותנות ליתר החולים הנזקקים לשירותיהם<sup>69</sup>.

המשרד מסר בתשובתו מדצמבר 2014, שבמצב של עומס עבודה "אדיר" ובהיעדר תקינה מתאימה של עובדים סוציאליים לא ניתן להגיע לכל החולים שחובה להגיע אליהם<sup>70</sup>.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות למפות את הצורך בשירותים סוציאליים בבתי החולים ולבחון מהו התקן המומלץ שיאפשר מתן טיפול ההולם את צורכי החולים. בהתאם לכך עליו להכין תכנית רב-שנתית להשלמת השירותים הנדרשים. כמו כן על בתי החולים עצמם לבחון אם ניתן לנקוט אמצעים נוספים לסיפוק צורכי החולים, למשל - איגום משאבי בית החולים כדי למצותם באופן יעיל יותר; פרסום קבוע של מידע בכל האמצעים העומדים לרשות בית החולים וקישור החולה ומשפחתו למחלקות לשירותים חברתיים (מחלקות הרווחה) שברשויות המקומיות. אם חולים ובני משפחותיהם אינם מקבלים את מלוא המידע הנדרש ואינם זוכים לסיוע הולם, זכויותיהם ואף כבודם עשויים להיפגע.

## טיפול פיזיותרפיה לחולים מאושפזים

טיפול פיזיותרפיה הם חלק בלתי נפרד מעבודת הצוות הרב-מקצועי בבית החולים. לטיפול פיזיותרפיה בבתי חולים כלליים נזקקים גם מאושפזים בכל מחלקות האשפוז, לרבות המחלקות האורתופדיות, הכירורגיות ובכלל זה כירורגית לב וריאות, מחלקות נוירולוגיות, פנימיות ומחלקות ויחידות מיוחדות כמו טיפול נמרץ רגיל ופגים, מחלקות נשים ויולדות ומחלקות אונקולוגיות<sup>71</sup>.

הטיפול הפיזיותרפי מתמקד במניעת סיבוכים ובשיפור הניידות והתפקוד של המאושפז במטרה להחזירו לרמת התפקוד והעצמאות הקודמת. הטיפול כולל, בין היתר: בדיקה גופנית והערכה

69 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2014, 364 (2014), בפרק "זרים שאינם בני הרחקה מישראל", עמ' 59, שבו נאמר בין היתר, כי בהיעדר תכנית פעולה סדורה של משרד הבריאות, נאלצת מערכת הבריאות להתמודד עם צורכי הזרים, ללא גיבוי תקציבי מתאים.

70 בעניין הצורך בהנגשת מידע על זכויות החולים המאושפזים ראו גם בקובץ דוחות זה בפרק "אי-מיצוי של זכויות חברתיות", עמ' 3-46.

71 המחלקה הארצית לפיזיותרפיה, הנחיות מקצועיות לטיפול פיזיותרפיה באשפוז החריף, 1.9.14. נספח לנוהל שירותי פיזיותרפיה בבתי חולים, חוזר מנכ"ל 14/2011.

תפקודית, הגברת ניידות ולימוד הליכה עם אביזרי עזר, טיפול נשימתי וטיפול מונע למזעור הסיכון להופעת סיבוכים בעקבות ניתוח או שכיבה ממושכת.

הטיפול הפיזיותרפי יכול לסייע לקצר את משך האשפוז ולמנוע סיבוכים כמו דלקת ריאות, ולחסוך בכך את הצורך בשימוש בתרופות יקרות, כגון אנטיביוטיקה ומשככי כאבים. מכאן שנוסף על תרומתו לטיפול בחולה ושיקום הביטחון העצמי שלו, יש לו גם יתרונות כלכליים.

משרד הבריאות לא קבע לבתי החולים הכלליים תקנים בתחום זה, למעט תקנים למחלקות שיקום, וכל בית חולים כללי-ממשלתי הקצה לכך משרות על פי שיקול דעתו. יצוין כי הכללית קבעה תקן של פיזיותרפיסטים לבתי החולים הכלליים שלה. בביקורת עלה שבתי החולים הכלליים נבדלים זה מזה במידה ניכרת במספר המשרות של פיזיותרפיסטים שהם מעסיקים<sup>72</sup>. המספר המזערי הוא 0.7 משרות למאה מיטות, והמרכיב - 2.2 מיטות<sup>73</sup>. לדברי מנהלת המחלקה הארצית לפיזיותרפיה במשרד הבריאות, כשהיקף המשרות כה קטן לא ניתן לטיפול פיזיותרפי ראוי למרבית החולים הזקוקים לו.

היעדר טיפולי פיזיותרפיה פוגע בטיפול הנאות שמגיע לחולה ובמניעת הידרדרות מצבו. בכך נפגעות זכויותיו של החולה.

## תזונה לחולה המאושפז

לתזונה מתאימה יש השפעה מכרעת על מצב הבריאות בכל גיל, ובייחוד בקרב חולים מאושפזים. טיפול תזונתי לא ראוי עלול לגרום להארכת משך האשפוז, לאשפוז חוזר, לפגיעה בהחלמה ולהגדלת העלויות הכספיות הכרוכות בטיפול בחולה. דיאטנים בבתי החולים אחראים לאבחון המצב התזונתי של החולים, לקביעת הטיפול התזונתי בהם וליישומו ולמעקב אחר מצבם התזונתי<sup>74</sup>. פעולות אלה הן חלק ממכלול התנאים המבטיחים שמירה על זכות החולה לקבלת טיפול רפואי נאות ושמירה על כבודו.

הביקורת העלתה שלמעט המלצה שניתנה בשנת 1999 לקבוע תקן של משרה אחת לכל מאה מיטות, לא קבע משרד הבריאות לבתי החולים תקנים בתחום זה, וכל בית חולים כללי מקצה לכך משרות לפי שיקול דעתו - בין משרה אחת לכ-50 מיטות בבית חולים מסוים ועד כ-120 מיטות בבית חולים אחר. בפועל, יש מעט מאוד דיאטנים בבתי החולים, והאחיות הראשיות במחלקות נאלצות לא פעם לעסוק בנושא התזונה, אף שלא הוכשרו לכך.

בבקורות שערך משרד הבריאות בבתי החולים נמצאו ליקויים בתחום התזונה, למשל: היו חולים שכלל לא קיבלו טיפול תזונתי על אף שהיו זקוקים לו; במזון שהוגש לחולים מאושפזים היה שיעור הסידן או הברזל קטן מהנדרש; לא חולקה ארוחת לילה המתאימה לכל החולים ובמיוחד לסוכרתיים; דיאטנים לא עורכנו על חולים הזקוקים לטיפול תזונתי; במכתבי השחרור של חולים לא נרשמו פרטי הטיפול התזונתי שניתן להם.

72 שאין בהם מחלקות שיקום. מדובר בבתי החולים הממשלתיים, בתי החולים של הכללית ואחרים.

73 המקור - מנהלת המחלקה הארצית לפיזיותרפיה שבמשרד הבריאות.

74 ראו גם - חוזר מינהל רפואה מס' 5/013 סל המזון לבתי חולים כלליים, 27.1.13.





לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לקיים עבודת מטה שבה ייבחנו המשימות של בעלי התפקידים השונים בבתי החולים שאינם מתוקננים (העובדים הסוציאליים והעובדים במקצועות הבריאות השונים כגון פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטניות וקלינאיות תקשורת וכן, מזכירות רפואיות, טכנאי הנשמה ואחרים) כדי לבחון מהו היקף המשרות שיאפשר לתת טיפול נאות לחולים הדרוש בכל תחום. בהתאם לכך עליו להכין תכנית רב-שנתית שתאפשר לספק לחולים את כל השירותים הנדרשים. לאחר מכן עליו להנחות את בתי החולים להעסיק את בעלי התפקידים בהיקף שיאפשר להם לעמוד בכל משימותיהם.

## הפגיעה בחולים תושבי ישראל בשל אי-הסדרת הפעילות של תיירות רפואית

בתי החולים הכלליים הממשלתיים וכן בתי החולים של הכללית והפרטיים, בעיקר במרכז הארץ, מספקים שירותים רפואיים - כירורגיה, אונקולוגיה וקרדיולוגיה - לעשרות אלפי אנשים, לרבות תושבי הרשות הפלסטינית, הבאים לישראל במיוחד לצורך זה (להלן גם - תיירות רפואית). שירותים רפואיים אלה ניתנים בבתי החולים הממשלתיים במסגרת תאגידי הבריאות של בתי החולים<sup>75</sup> הפועלים בשעות שלאחר שעות העבודה הרגילות<sup>76</sup>. במרוצת השנים התרחב מאוד היקף הפעילות הזאת בבתי החולים. לפי האומדן שהציג משרד הבריאות בדוח "הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" (להלן גם - ועדת גרמן)<sup>77</sup>, בשנת 2011 הסתכם שיעור ההכנסות של כל בתי החולים מהטיפול בכ-30,000 תיירים בכ-500 מיליון ש"ח<sup>78</sup>.

בתיירות רפואית קיים פוטנציאל לרווח כלכלי שעשוי לסייע לבתי החולים ולשמש להם מקור מימון להשבחה ולשדרוג של התשתיות הרפואיות, וכן מקור הכנסה נוסף לרופאים ולאחיות וניצול של ציוד רפואי שאינו מנוצל דיו ועוד.

- 75 סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, קבע, כי "תאגיד בריאות הוא, עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור". ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.
- 76 בתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002, נקבע בסעיף 4(ג)(1)(א), כי תאגידי הבריאות לא יבצעו בבית החולים כל פעילות למכירת שירותי בריאות (מכירת שירותי רפואה ראשונית, רפואה שניונית, שירותי אשפוז ושירותים פרה-רפואיים) לפני השעה 15.00.
- 77 ביום 13.6.14 מינתה שרת הבריאות דאז, ח"כ יעל גרמן, ועדה מייעצת לחיזוק מערכת הרפואה הציבורית.
- 78 בדוח ועדת גרמן, עמוד 228, הוערך מספר התיירים בידי משרד התיירות והיקף ההכנסות הוערך בידי משרד הבריאות.

ואולם בביקורת עלה שהשירות שניתן לכלל תושבי המדינה נפגע עקב מתן שירותי התיירות הרפואית בבתי החולים הכלליים. הדבר חמור במיוחד בשל העובדה שלצורך מתן שירות במסגרת של התיירות הרפואית משתמשים במשאבים ובתשתיות של בתי החולים שיש בהם מחסור, ונועדו לשמש בראש ובראשונה את כלל תושבי ישראל.<sup>79</sup>

## הפרת זכויות החולה המאושפז באופן מתמשך

1. משרד מבקר המדינה כבר העיר למשרד הבריאות בשנת 2011<sup>80</sup> ובשנת 2013, בין היתר, גם על סוגיית התיירות הרפואית<sup>81</sup>: "שירותי התיירות הרפואית מבוססים במהותם על העדפה של חולים מסוימים ובכך נפגע עקרון השוויון... לנוכח מצוקת תשתיות האשפוז וכוח האדם, מידת הנזק של התיירות הרפואית לחולה תושב המדינה המטופל במערכת הרפואה הציבורית, גדולה מהתועלת הכלכלית לבית החולים והמדינה". עוד נאמר, כי "תיירי מרפא אינם נדרשים להמתין לניתוח, ניתנת להם האפשרות לבחור את המנתח, הם נבדקים במכשירי דימות ללא המתנה ומאושפזים בחדר פרטי... [עקב כך] חולים שאמורים להתאשפז במחלקות כירורגיות מאושפזים לעתים במחלקות פנימיות"<sup>82</sup>.

בשנת 2013 הוציא המשרד הנחיות בנושא "שירות פרטי במסגרת תיירות מרפא". בין היתר נאמר בו, כי הסוגיה נדונה בוועדה ציבורית שעתידיה להגדיר את המדיניות וההנחיות בנושא<sup>83</sup>.

2. הבדיקה העלתה שגם בשנים 2011-2013 סיפקו בתי החולים שירותים אלה. בדוח ביקורת מנובמבר 2014 שהכינה החשבת הכללית במשרד האוצר<sup>84</sup> על פעילות חמישה בתי חולים ממשלתיים בתחום זה עלה, בין היתר, כי רופאים סיפקו שירותים רפואיים לתיירי מרפא בשעות הבוקר (ניתוחים, ייעוץ ובדיקות) אף שכאמור אסור לבצע פעילות זו לפני השעה 15.00, תיירי מרפא קיבלו קדימות לעומת תושבי ישראל מבחינת התורים שנקבעו להם ובתי החולים לא קיבלו מהתאגידים את כל הכספים שהיו צריכים להעביר אליהם.

בתשובתו מינואר 2015 הסביר המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב) למשרד מבקר המדינה שהכנסותיו מתיירות רפואית "מנוצלות לתוספת ולתפעול מיטות ביחידות קריטיקה (אונקולוגיה וטיפול נמרץ)" ולביצוע ניתוחים רבים של תושבי ישראל בשעות אחר הצהריים - דהיינו לקיצור תורים. המרכז ציין כי לפי נתוני משרד הבריאות התורים במרכז הרפואי תל אביב לניתוחים של תושבי ישראל הם מהקצרים במערכת הבריאות.

- 79 ראו גם בקובץ דוחות זה בפרק בנושא "בדיקות דימות מתקדמות", עמ' 609-666.
- 80 משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169, בתת-פרק "קביעת כללים והנחיות לגבי טיפול רפואי לתיירים (תיירות רפואית)", עמ' 211. ראו גם דוח שנתי 2013, בפרק "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמ' 601, ובתת-פרק "תיירות רפואית", עמ' 646.
- 81 משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, בפרק "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמ' 601, בתת-פרק "תיירות רפואית", עמ' 646.
- 82 משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169, ובתת-פרק "קביעת כללים והנחיות לגבי טיפול רפואי לתיירים (תיירות רפואית)", עמ' 211.
- 83 חוזר מינהל רפואה מס' 51/2013, מיום 31.12.14.
- 84 הבדיקה נעשתה על פעילות שהתבצעה בשנים 2011-2013 בחמישה בתי חולים ממשלתיים: איכילוב, שיבא, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא.

3. ביוני 2014 פרסמה ועדת גרמן את המלצותיה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. ההמלצות כללו כמה וכמה כללים גם לגבי הסדר התיירות הרפואית. למשל, הוועדה המליצה כי הזמנת תייר רפואי לארץ תתאפשר רק אם התפוסה של בית החולים תאפשר מתן טיפול ראוי לישראלים; תיירים רפואיים יטופלו רק אחרי שעות הפעילות הרגילות של בית החולים; הנהלת בית החולים תהיה אחראית להבטיח לחולים ישראלים קדימות מבחינת הזכות לנצל את כל שירותי בית החולים, ובכלל זה מיטות האשפוז; כל הרווחים מפעילות התיירות הרפואית יוקצו לבית החולים לטיפול במטופלים הישראלים.

על משרד הבריאות לפרסם בהקדם נוהל שיסדיר את מתן שירותי התיירות הרפואית בכל בתי החולים, כדי לוודא שזכויות החולה וכבודו לא ייפגעו עקב מתן שירותי התיירות הרפואית.

## סביבה נקייה במרחב האשפוז והטיפול בבתי החולים

סביבה נקייה חיונית למניעת זיהומים, ולפיכך היא בבחינת הכרח בבתי החולים. זלזול בצורך בניקיון וסביבה מזוהמת גורמים לפגיעה בזכויות החולה המאושפז ואף בכבודו.

### הניקיון במחלקות

1. במהלך הביקורת נצפה בכמה מחלקות פנימיות ובכמה מלר"דים לכלוך בסביבת החולים בשעות שונות ביממה. יצוין במיוחד הלכלוך שנצבר בשעות הערב והלילה, שבהן לא פועלים צוותי ניקיון במרבית המחלקות. אחד מבתי החולים מסר למשרד מבקר המדינה, כי בשעות הערב המאוחרות ובשעות הלילה מנקים עובדי הניקיון רק בכמה מחלקות (חדרי לידה, ניתוח ומיון) ועל אף שמלבדם עובדים גם תורני ניקיון, הניקוי אינו נעשה מיד, ולעתים נדרשת מעורבות של הנהלה כדי לוודא שעובדת ניקיון תגיע לנקות. גם בדוחות הבקרה שערך משרד הבריאות עלו ליקויים בתחום הניקיון במחלקות האשפוז, במחלקת שיקום ובמטבח. בבית חולים אחד אף מדובר בבעיה מתמשכת שהחמירה.

2. רימות על גופו של חולה: בשנת 2014 התגלה מקרה חריג של רימות על צוואר חולה באחד מבתי החולים.

הנהלת בית החולים הסבירה לעורכי הביקורת כי "לא מדובר פה בכל הזנחה" ואולם היא לא המציאה כל מסמך שמתעד בדיקה שעשתה בנושא כדי לעמוד על הסיבה למקרה, או החלטות שקיבלה, הן לגבי הנושאים באחריות לכך והן לגבי האמצעים שבכוונתה לנקוט למניעת הישנות המקרה.

## חשש לזיהומים

אי-הקפדה על ניקיון מגבירה גם את הסיכון להידבקות בזיהומים. ואכן, בבקורות שעשה משרד הבריאות בבתי החולים עלה חשש להתפשטות זיהומים בכמה חדרי ניתוח משום שהוצבו בהם ארונות עץ שאינם רחיצים המשמשים לאחסון ציוד סטרילי; עקב שימוש במכונה לניקוי מכשירים לאחר ניתוח שהטמפרטורה שלה נמוכה מהנדרש (פחות מ-93 מעלות צלסיוס); עקב היעדר הפרדה מוחלטת בין האזור הנקי לאזור המלוכלך; עקב מכשור שלא היה נקי באחת ממחלקות הגסטרו. באחד מבתי החולים היה חשש להתפרצות חיידק הליגינולה משום שהטמפרטורה של המים החמים הייתה נמוכה מהנדרש.

גם תשתיות רעועות עלולות להגביר את הסיכון לזיהומים. משרד מבקר המדינה העיר בשנת 2013<sup>85</sup> על פגמים בתשתיות של כמה בתי חולים שאינם מאפשרים לשמור כראוי על רמת הניקיון שבהם ופוגעים ביכולת למנוע זיהומים בחדרי ניתוח ובמחסן לציוד רפואי. גם בבקורות שעשה משרד הבריאות עלה חשש להעברת זיהומים באחד מחדרי הניתוח עקב חיפויי רצפה פגומים.

הן בדוח שנתי 2013 של מבקר המדינה והן בבקורות שעשה המשרד עלו ליקויים נוספים בכמה בתי חולים. כך למשל, לא הייתה הפרדה בין מקום האיסוף של כביסה מלוכלכת לניקיה; היו חרקים בחדרי ניתוח; לא ניתן היה לשמור כראוי על ההיגיינה בחדרים במחלקות שבהם אוחסנו סירי לילה.

משרד מבקר המדינה מעיר לבתי החולים ולמשרד הבריאות, כי ראוי שיעיבו בראש סדר העדיפויות את ההכרח לשמור על רמת ניקיון נאותה. לא רק משום שמדובר במרכיב חיוני להבטחת איכות הטיפול הרפואי ולמניעת התפשטות של זיהומים, אלא גם בשל כבודו של החולה המאושפז. אשפוז בסביבה מזוהמת מסכן את חייו ומעורר בו תחושה של זלזול בכבודו.

## שמירת זכויות החולה הפונה לחדרי המיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים

חוק זכויות החולה קובע, כי חדר מיון הוא מקום המיועד למתן טיפול רפואי דחוף שמאייש רופא אחד לפחות, והמנהל הכללי של המשרד מכיר בו כחדר מיון לעניין חוק זה.

העבודה במלר"ד מתאפיינת בעומס גדול ובלחץ של זמן המחייבים חלוקת קשב בו-זמנית בין כמה מטופלים שמקורם בדחיפות ובדינמיות של המצבים הרפואיים, וכן בקצב התחלופה הגבוה של המטופלים שאינו מאפשר להכירם. כתנאים אלו חשוב מאוד שרופא אחראי אחד ירכז את הטיפול והשליטה בכל התהליכים האבחנתיים והטיפוליים שעובר המטופל ואת התיאום בעניינם<sup>86</sup>.

85 דוח שנתי 2013, בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717; ראו גם באותו דוח בפרק "ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה", עמ' 671.

86 ראו גם חוזר המנהל הכללי "חובת קביעת רופא אחראי לריכוז הטיפול והמעקב במטופל במחלקה לרפואה דחופה וחובת רישום פרטיו ברשומה הרפואית", מס' 38/09 (30.8.09).

בסוף שנת 2012 היו בתקן של כל בתי החולים הכלליים 1,160 עמדות לרפואה דחופה, מהן 1,141 בבתי החולים הכלליים (ללא מיון יולדות), ונרשמו כ-2.9 מיליון ביקורים בחדרי המיון<sup>87</sup> (כ-2.5 מיליון ללא מיון יולדות). יצוין כי מספר הפונים למלר"ד הולך וגדל במשך השנים. בשנת 2012 אושפזו כשליש (30%) מהפונים לחדרי מיון (27% ללא מיון יולדות) וכל היתר שוחררו לביתם.

### רופא אחראי לריכוז הטיפול בחולה במלר"ד

המשרד מחייב את בתי החולים למנות רופא שיהיה אחראי לריכוז הטיפול בחולה שפונה למלר"ד ולמסור לחולה את שמו של הרופא<sup>88</sup>. רופא זה אחראי, בין היתר, לאבחון מצבו הרפואי הנוכחי של המטופל באמצעות בירור תולדות החולה ובדיקה גופנית; קביעת הוראות הטיפול הרפואי; וידוא ביצוען של כל ההתייעצויות הרפואיות הנדרשות; ריכוז כל ההמלצות וההוראות הטיפוליות מהיועצים השונים והתייחסות אליהן; ריכוז ממצאי כל בדיקות המעבדה והתייחסות אליהן; וידוא פענוחן של כל בדיקות ההדמיה ובדיקות העזר; התייעצות עם רופא בכיר במקרה שיש בכך צורך; תיעוד ההתייעצות ברשומה הרפואית וניהול הרשומה הרפואית; וידוא כי בוצעו כל ההליכים הרפואיים המתבקשים לצורך שחרור המטופל לביתו או לאשפוזו במחלקה.

ואולם, בביקורת שעשה משרד מבקר המדינה עלה, כי בארבעה מ-18 בתי החולים הכלליים הממשלתיים ובתי החולים של הכללית - לא נהוג למנות רופא אחראי. בחמישה בתי חולים אחרים נהוג למנות רופא אחראי, אך בתי החולים לא הביאו לידיעת המטופל את שמו כדי שיוכל לפנות אליו בעת הצורך. יוצא שבמחצית בתי החולים (9 מ-18) המטופל בחדר המיון אינו יודע מי הרופא שאליו הוא יכול לפנות בעת הצורך (בעניין מינוי רופא מומחה ברפואה דחופה לרופא אחראי - ראו בהמשך).

לדעת משרד מבקר המדינה, הנהגה של המשרד - מינוי איש קשר קבוע שמתווך בין בית החולים ובין המטופל, עשוי להבטיח שירות טוב יותר לפונה למלר"ד, בייחוד נוכח האנונימיות הרבה ועומס העבודה המאפיין את המלר"ד. לפיכך חשוב שהמשרד יבטיח שבתי החולים אכן מטמיעים את הנהגה ופועלים על פי הנחיותיו.

### פגיעה בזכויות החולה עקב זמני שהייה ממושכים במלר"ד

כדי לשמור על זכויותיו של החולה, כבודו וזמנו חשוב מאוד לתת טיפול מהיר ככל האפשר לפונה למלר"ד, כך שניתן יהיה לשחררו לביתו בהקדם, או לקבוע את הצורך לאשפוזו בבית החולים להמשך טיפול.

87 משרד הבריאות, אגף המידע, ביקורים במחלקה לרפואה דחופה - מאפייני פעילות 2012.  
88 ראו הערת שוליים 86.

בביקורת הנוכחית עלה, כי ב-18 מלר"דים של בתי החולים הכלליים-ממשלתיים ובתי החולים של הכללית נפגעות זכויותיהם של החולים עקב שהייתם הממושכת במלר"דים. השהייה הממוצעת של החולים במלר"דים, ממועד הגעתם ועד סיום הטיפול בהם והשחרור לביתם, נמשכת בין 2.19 ל-5.9 שעות; חציון השהייה במלר"דים בארץ הוא בין 1.57 ל-4 שעות; זמן השהייה הארצי הוא 3.1 שעות בממוצע; במקרים קיצוניים שוהים חולים במלר"ד פרקי זמן ממושכים הרבה יותר, לעתים אף יותר מ-15 שעות<sup>89</sup>.

גם ועדת גרמן המליצה ביוני 2014, בין היתר, לבדוק את איכות השירות במלר"דים באמצעות מדידת זמני השהייה בהם. משרד מבקר המדינה כבר המליץ בשנת 2010, כי ראוי שבתי החולים יפעלו למדידת זמני השהייה במלר"ד ולהסדרת פרקי זמן מרביים למתן שירות לפונים למלר"ד, הן על ידי הצוות במלר"ד והן על ידי נציגי מחלקות אחרות ומכונים בבתי החולים.

הבדיקה העלתה שהמשרד לא קבע פרקי זמן מרביים למתן שירות לפונים למלר"ד. גם בתי החולים לא קבעו פרקי זמן כאלו, פרט לבית חולים אחד שקבע זמן שהייה מרבי של שעתיים לאלו שמגיעים לאתר ה"פונים המהלכים"<sup>90</sup>. בפועל יש הבדלים רבים בין בתי החולים מבחינת משך השהייה בטיפול הניתן לפונים למיון.

כדי לשמור על זכויות החולה וכבודו חוזר משרד מבקר המדינה על המלצתו: על המשרד ועל כל בתי החולים לקבוע את משך השהייה הממוצעת המרבית של מטופל במלר"ד ולהקפיד שלא לחרוג מפרק הזמן שנקבע. לצורך זה על המשרד לבחון את משך השהייה במלר"ד לפי קבוצות החולים הפונים: המהלכים, השוכבים, המשוחררים לביתם והמאושפזים. ראוי גם לבחון את משך השהייה של כל קבוצה במלר"ד תוך שקלול מאפייני המטופל (גיל, מורכבות המצב הרפואי וכו') ומאפייני בית החולים.

## המתנה במלר"ד ליועצים מהמחלקות ולבדיקות רפואיות

1. ניתוח מידע וקיצור זמני המתנה: משרד מבקר המדינה המליץ כבר בשנת 2010 שבתי החולים יבצעו בתדירות קבועה תהליך של איסוף וניתוח מידע על זמני המתנה במלר"ד להגעת רופא מומחה ויועצים ממחלקות האשפוז; על זמני המתנה לתור במכונים לביצוע הדמיות; על זמני המתנה לבדיקות אחרות וכו'.

בבדיקה הנוכחית נמצא, כי 12 מ-18 בתי החולים אינם מרכזים מידע על זמני המתנה להגעת רופא מומחה או יועץ ממחלקות האשפוז, ועל זמני המתנה לביצוע הדמיות ובדיקות אחרות. אחד מבתי החולים שבדק וניתח את הגורמים לזמני המתנה הממושכים העלה לדוגמה, כי זמן

89 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 60 (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441, בו צוין כי עקב חוסר מקום במחלקות האשפוז בבתי חולים מסוימים שהו פונים במלר"ד אף כמה יממות.

90 כמה בתי חולים פיצלו את המטופלים בין שני אתרים: באתר "מהלכים" נותנים טיפול מהיר יותר לחולים הסובלים מבעיות אורתופדיות, כירורגיות, פנימיות ופסיכיאטריות שיכולים להתהלך ובאתר "שוכבים" מטפלים בחולים שמצבם הרפואי או הסיעודי מורכב יותר ולכן הבירור בעניינם והשהייה שלהם במלר"דים ממושכים יותר.

ההמתנה הממוצע בבית החולים לטיפול של אחות היה 14.8 דקות. בעקבות ניתוח הנתונים פעל בית החולים לקיצור זמן ההמתנה ל-9 דקות.

כדי לשפר את תהליכי העבודה של המלר"דים ולצמצם את זמני השהייה בהם, ממליץ משרד מבקר המדינה לכל בתי החולים לאסוף נתונים על זמני ההמתנה ליועצים, לתור במכונים ולבדיקות אחרות ולנתחם. הדבר עשוי לסייע לשיפור תהליכי העבודה ולצמצום זמני שהיית החולים במלר"ד.

2. המתנה ממושכת של קשישים במלר"ד: משרד מבקר המדינה בדק בביקורת הנוכחית את משך השהייה של פונים למיון בני 70 ומעלה במחצית השנייה של שנת 2013, שפנו למיון עקב חבלת ראש שנגרמה בגין נפילה<sup>91</sup>. הועלה כי בבתי החולים בפריפריה הפונים למלר"ד ששוחררו לביתם שהו במלר"ד בממוצע כ-3.6 שעות, וגם החציון היה כ-3.6 שעות; לעומת זאת שהו הפונים למלר"ד בבית חולים במרכז הארץ בממוצע 6.1 שעות, והחציון היה 5.4 שעות. השהייה במלר"ד של בית חולים בפריפריה עד לאשפוז הייתה כ-3.6 שעות בממוצע והחציון היה כ-3.25 שעות, ואילו השהייה עד לאשפוז במלר"ד בבית חולים במרכז הארץ ארכה 9.1 שעות והחציון היה 7.7 שעות. לדברי מנהלי מלר"דים, זמני השהייה במרכז הארץ ארוכים בהרבה מאשר בפריפריה עקב העומס הכולל של הפונים למלר"דים שבבתי החולים במרכז הארץ.

לדברי מומחים, הסבילות של קשישים לזמני שהייה ארוכים במלר"ד היא נמוכה, ויש מהם שעוזבים את המלר"ד עוד לפני תום הטיפול. לדוגמה: בבית חולים מסוים במרכז הארץ כ-4% מהפונים למלר"ד עקב חבלת ראש שזמן השהייה הממוצע שלהם היה כ-6.3 שעות, עזבו את המלר"ד על דעת עצמם.

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי לשמור על זכויות החולה וכבודו, ראוי שמשרד הבריאות יפעל לקיצור השהייה של קשישים במלר"דים בבתי החולים במרכז הארץ בשל חבלה שמקורה בנפילה.

ראוי לבחון גם את אופן הטיפול שיינתן לקבוצות אוכלוסייה אופייניות אחרות ולקבוע את סדרי העדיפות לטיפול בהן במלר"ד לפי סבילותן של אותן קבוצות לשהייה ממושכת במלר"ד. כדי לקצר את שהייתם של חולים במלר"ד יש מקום לבדוק, בתיאום עם הר"י, את האפשרות לאצול לאחיות את הסמכות לבצע חלק מהמשימות המוטלות כיום על רופאים כמו הפניה לבדיקות והדמיות מסוימות, כך שכשהרופא יגיע לבדוק את החולה כבר יהיו בידי נתונים רלוונטיים על החולה.

בדצמבר 2014 השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הקצה למלר"דים 16 תקנים של רופאים גריאטרים, שישה מתוכם כבר אוישו; הוא מכין חוזר שיחייב טריאז' (ביצוע סדר עדיפות מובנה בקבלת החלטה ראשונית בחולה דחוף) במלר"ד; הוא השלים את האסדרה המשפטית של עוזרי רופא במלר"דים (עוזרי הרופא יוציאו לפועל את תכנית הבירור והטיפול שעליה החליט הרופא, ובכך יקטינו את העומס של הרופאים והאחיות). לדברי המשרד - מכלול הפעולות הללו יקצרו את זמני השהייה וישפרו את איכות הטיפול.

91 חבלת ראש היא אחת הפגיעות המסוכנות ביותר מבחינה הרפואית, והיא עלולה לגרום לנזק מוחי בלתי הפיך ולנכות קשה. משום כך יש לבצע בירור רפואי מלא לגבי כל אירוע של חבלת ראש. התופעה שכיחה בקרב קשישים, ולפי הנחיית קופות החולים קשיש שנפל ונחבט יופנה מיד למלר"ד.

## היחס לחולה ולמלווים במלר"ד וסוגיית האלימות במקום

במשרד התקבלו תלונות רבות על יחסו של הצוות לחולים ולמלווים, ובעיקר על התעלמות הצוות המטפל מפנייתם, שאלות ובקשות של החולים והמלווים. אין לקבל בשום פנים ואופן התנהגות אלימה של הציבור כלפי בעלי תפקידים בכלל וכלפי הצוות הרפואי בפרט. ואולם, לא ניתן להתעלם מכך שהדבר יכול גם לשקף חוסר שביעות רצון מהטיפול ומהשירות שניתן במלר"דים. זמני ההמתנה הארוכים, קוצר הרוח של הצוות הרפואי, שמקורו בין היתר בעומס העבודה הרב המוטל עליו, חוסר הוודאות לגבי המשך הטיפול וכמובן גם הסבל הפיזי של המטופלים והלחץ הנפשי שהם ובני המשפחה שרויים בו - כל אלו עלולים לגרום למעשי אלימות. מבקר המדינה כבר העיר בשנת 2010, כי כ-30% ממקרי האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות מתרחשים במלר"דים, ויש יחס ישר בין מספר מקרי האלימות ובין העומס במלר"ד<sup>92</sup>.

משרד מבקר המדינה שב וחוזר על המלצתו שמשרד הבריאות ינתח את הגורמים לאי-מתן יחס נאות לחולים ולמלווים ואת הרקע לאירועים האלימים במלר"דים. על המשרד להיות ער למצוקת הפונים למלר"דים ולפעול לייעולו ולשיפורו של הטיפול הניתן בהם. כמו כן יש חשיבות למתן הסבר לפונים בנוגע למה שצפוי להם בזמן שהותם במקום - הטיפוליים הרפואיים ולוחות הזמנים המשוערים עד סיום הטיפול בהם. ככל שתפחת אי-הוודאות כן יפחתו גם החרדה והחשש של הפונה למלר"ד, והוא ייעשה סבלני יותר. עוד ממליץ משרד מבקר המדינה, כי בהסבר יובאו לידיעת המטופל מגבלות המערכת ואף תינתן לו האפשרות להחליט על המשך צעדיו תוך התייעצות עם הצוות הרפואי, אם נחוץ להמתין לטיפול במלר"ד או שניתן להחליפו בטיפול בקהילה. מדובר בצעדים בסיסיים ביותר הנוגעים לכבודו של החולה - שיתופו במידע ובהחלטה בנוגע לטיפול שיקבל. תפיסה כזאת אף עשויה להפחית את מעשי האלימות במלר"דים.

## גגיעה בזכות החולה עקב מחסור במומחים לרפואה דחופה במלר"ד

1. מומחה לרפואה דחופה מקבל הכשרה בתחומים רבים כגון כירורגיה, רפואה פנימית והרדמה, הדבר מאפשר לו לאבחן במהירות את בעייתו הרפואית של הפונה למלר"ד, ואף להציל חיים ולמנוע הידרדרות במצבו. מנתוני 18 בתי החולים הכללים עולה כי במלר"דים יש 200.5 משרות של רופאים - אך רק 61 (כ-30%) מהן הן משרות של מומחים ברפואה דחופה. שיעור המומחים לרפואה דחופה במלר"דים השונים הוא בין 12% ל-60% מרופאי המלר"ד, והם מאיישים בדרך כלל רק את משמרת הבוקר.

בהיעדר רופאים לרפואה דחופה במלר"דים, ממלאים רופאים מומחים מהמחלקות השונות שבבית החולים את תפקידיהם. מנהלי מלר"דים מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי לדעתם יש חולים שנפטרים או הופכים נכים בגלל אי-זיהוי מידי של הבעיה שממנה סבלו בשל היעדר רופאים מומחים במלר"דים.

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



**יוצא שהמלר"דים אינם מנצלים את מלוא היתרונות הגלומים בהכשרתו ובניסיונו של רופא מומחה ברפואה דחופה.**

לדברי מנהלי בתי חולים ומלרד"ים, נוכחות קבועה של רופא מומחה ברפואה דחופה בכל מלר"ד, לאורך כל שעות היממה ומדי יום ביומו, לרבות סופי שבוע וחגים, הייתה מייתרת את הזמנתם של מומחים מהמחלקות השונות לחדרי המיון, האבחון היה מידי, וכך גם היו צפויים להתקצר זמני השהייה של הפונים למלר"דים. לדברי מנהלי בתי חולים ומלר"דים, בארצות מערביות מועסקים בהם דרך קבע מומחים ברפואה דחופה שנותנים מענה למרבית הפונים. לדוגמה, בארה"ב רופאים מומחים ברפואה דחופה נותנים מענה לכ-90% מהפונים למלר"דים ללא צורך להיעזר במומחים אחרים. רופא מומחה לרפואה דחופה משמש פעמים רבות כרופא האחראי לריכוז הטיפול בפונים למלרד"ים.

2. דברים דומים נכתבו גם בינואר 2014 ב"דוח הוועדה לקידום הרפואה הדחופה בישראל"<sup>93</sup>, שהמליצה על מינוי רופאים מומחים למלר"דים. לפי חישובי הוועדה, לכל המערכת הרפואית יש צורך להוסיף 280 רופאים שהם מומחים לרפואה דחופה, נוסף על כ-200 הרופאים שכבר עובדים בה. יש לציין כי ועדת גרמן הודיעה שהיא מאמצת את מסקנות הוועדה לקידום הרפואה הדחופה.

**באוקטובר 2014 הנהלת המשרד עדיין לא אימצה את ההמלצות הכלולות בדוח הוועדה לקידום הרפואה הדחופה בישראל בנוגע להתמודדות עם היעדרם של מומחים לרפואה דחופה במלר"דים, מה שעלול לפגוע בטיפול הרפואי הניתן לחולים ובזכויותיהם.**

בתשובתו מדצמבר 2014 מסר משרד הבריאות, כי מנכ"ל המשרד הנחה את בתי החולים שיש לדאוג להימצאות של רופא מומחה ברפואה דחופה או ברפואה פנימית במלר"ד בהתאם לאופי בית החולים: במרכזי העל כמשך 24 שעות ביממה, ובשאר בתי החולים עד השעה 23.00 לפחות.

**על המשרד לגבש פתרון מערכתי מקיף להתמודדות עם היעדרם של מומחים לרפואה דחופה במלר"דים.**

## **רצף טיפולי - העברת מידע ממוחשב מבתי החולים למרפאות בקהילה**

חוזר המשרד קובע, כי על המוסד הרפואי ועל המטפל, בהסכמת המטופל, להעביר את המידע הרפואי הנמצא ברשותם למטפל או למוסד רפואי אחר שימשיך בטיפול לשם הבטחת הרצף של

93 את הוועדה לקידום חדרי המיון בישראל מינה ביולי 2013 מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' רוני גמזו. הדוח הוגש לשרת הבריאות דאז, הגב' יעל גרמן בינואר 2014.

הטיפול הרפואי במטופל. המידע יכלול את כל המידע הרפואי הרלוונטי להמשך הטיפול (להלן גם - רצף טיפולי)<sup>94</sup>.

רצף טיפולי חשוב למטופלים ולמטופלים כאחד. הוא מאפשר מילוי מהיר של ההנחיות וההמלצות הטיפוליות בגמר האשפוז של החולים ומצמצם טעויות במתן תרופות ובביצוע בדיקות לא מתאימות. בכך הוא מונע אשפוזים ובדיקות חוזרות, תורם להפחתת עלויות הטיפול ומגביר את שביעות הרצון של החולים. שמירת הרצף הטיפולי חשובה במיוחד לקבוצת המטופלים הנוקקת בתכיפות לשירותי בריאות כמו: קשישים וחולים כרוניים הסובלים מבעיות בריאות מורכבות, ולצורך הפעלה נאותה של היחידות לטיפול בית שבקופות החולים. לפיכך מוטל על היחידות להסדיר בהקדם את הרצף הטיפולי בחולה המשתחרר מאשפוז. העברת המידע על החולה ביום השחרור מהאשפוז, ואף העברת מידע ביניים עוד לפני שחרורו, תאפשר ליחידות לטיפול בית להתארגן באופן שהטיפול בחולה המשתחרר יתחיל ללא עיכוב<sup>95</sup>.

בחזור המשרד<sup>96</sup> בנושא רצף הטיפול הסיעודי בעת שחרור ממוסד רפואי נקבע, כי מנהלת הסיעוד במוסד הרפואי תקבע את דרכי ההעברה של מכתב השחרור הסיעודי של מטופלים המשתייכים לאוכלוסיות בסיכון כאשר יש חשש סביר כי מכתב השחרור עלול שלא להגיע ליעדו.

בביקורת עלה, כי רק בכללית פעלה בעת הביקורת מערכת מידע מקוונת משולבת שבאמצעותה מועבר מידע בזמן אמת באופן מידי על כל מבוטחיה, מבתי החולים של הכללית, מבתי החולים הממשלתיים ומבתי חולים ציבוריים אחרים (כמו הדסה, שערי צדק, לניאדו) למרפאות הקהילה שלה. אשר לשלוש הקופות האחרות, שבהן מבוטחים כמחצית (כ-47%) מתושבי ישראל - עלה כי במכבי פעלה מערכת כזו באופן חלקי, בין היתר משום שחלק מבתי החולים לא העבירו סיכומי מחלה מקוונים, ואילו במאוחדת ובלאומית לא הועבר מידע מקוון באופן מידי ומלא מכל בתי החולים אל מרפאות הקהילה שלהן או לרופא המטפל. אמנם, בתי החולים מעבירים את מכתבי השחרור להנהלות של קופות אלו בתוך 24 שעות מעת שחרור החולה, ואולם הנהלות הקופות אינן מעבירות אותם למרפאות הקהילה או לרופא המטפל באופן מלא ומידי. בכך עלול להיפגע הרצף הטיפולי.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות וקופות החולים לפעול ליישום האמור בחזור המשרד, בפרט במקרים של מטופלים המשתייכים לאוכלוסיות בסיכון ששחרורו מבית החולים. זאת, כדי שמרפאות הקהילה יצרו עמן קשר בדחיפות להמשך הטיפול והמעקב. בשל כך ראוי לשקול כי במערכת המקוונת יצוינו מקרים אלה בהבלטה, באופן המתיר על הדחיפות שבעניינם, כדי שעם הגיע המידע למרפאות הקופות - המרפאה או היחידה לטיפול בית ייצרו קשר מידי עם החולים.

מכבי כתבה בינואר 2015 למשרד מבקר המדינה כי מהלך השיוך של כלל מבוטחיה הושלם, וכי מבוצעת העברה מקוונת של מכתבי השחרור של כלל מבוטחיה ישירות למרפאות ולרופאים המטופלים, וזאת בד בבד עם המשך פעולתם של מוקדי התמך המחוזיים. עוד כתבה מכבי כי לפני

94 חוזר המנהל הכללי "מגילת זכויות המטופל בראיה של חובות המטפל", מס' 9/06 סעיף 2.8 (3.4.06).  
ראו גם חוק זכויות החולה, סעיף 8.  
95 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2011 ב61, בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.  
96 חוזר מינהל הסיעוד "הבטחת רצף הטיפול הסיעודי בעת שחרור ממוסד רפואי", מס' 103/14 מ-20.5.14.

השלמת השיוך היא הפעילה מערך תמך מחוזי שקיבל דיווח במישורין מאחיות הקשר שלה בבתי החולים ופעל לשמירת הרצף הטיפולי.

משרד מבקר המדינה ממליץ למאוחדת ולאומית לפעול בהקדם האפשרי להפעלת מערכת מקוונת שתעביר את המידע על כל מבוטחיהן המשתחררים מבית החולים למרפאות הקהילה ביום השחרור של החולה מהאשפוז, כדי שניתן יהיה להתחיל מיד לעקוב אחר החולים המורכבים.

## סיכום

כבוד החולה, ככבוד האדם, הוא ערך חברתי ומוסרי שניתן לו ביטוי גם באמצעות התנהגותם של אנשים. בשנת 1996 נחקק בישראל חוק זכויות החולה. חוק זה, כמו גם הוראות משרד הבריאות בנושא, נועדו לקבוע מה הן זכויותיו של האדם הזקוק לטיפול רפואי ולהגן על זכויותיו וכבודו. כדי לשמור על כבודו, פרטיותו וזכויותיו של החולה המאושפז יש לספק לו מידע על זכויותיו, לתת לו טיפול רפואי נאות ותנאי אשפוז ראויים, ובכללם מידע מלא על מחלתו ועל אפשרויות הטיפול השונות במחלתו, ולאפשר לו להתיעץ בנושא גם עם גורמים שמחוץ לבית החולים.

בבדיקה עלה, כי כמעט 20 שנה לאחר החקיקה, יישומו של חוק זכויות החולה לוקה בחסר. דוח זה מלמד על ליקויים המעידים שעל אף הפעולות שמקיים המשרד לשיפור המצב - זכויותיו, כבודו ופרטיותו של החולה נפגעים, בעיקר עקב תנאי אשפוז לא ראויים: מספר המיטות לאשפוז כללי בישראל קטן בהרבה מהממוצע במדינות החברות ב-OECD, ולפיכך שיעור תפוסת המיטות גדול מאוד, בעיקר במחלקות הפנימיות שבהן חולים מאושפזים בפרוזדורים ובמעברים; עומס עבודה רב מוטל על הרופאים; ויש מחסור חמור באחיות, בעובדים סוציאליים, בעובדים פרה-רפואיים ובעובדים אחרים, שהיקפי המשרה שלהם חלקיים, ולפיכך נבצר מהם למלא את כל צורכי החולים. כל אלו אינם מאפשרים מתן טיפול נאות תוך הקפדה על שמירת כבודם וזכויותיהם של החולים.

על משרד הבריאות לשים לו למטרה לקדם את הטמעת ערך כבוד האדם במוסדות הבריאות כערך מכונן, על ידי תרגומו לנורמות בסיסיות של התנהגות בין אדם לאדם בבתי החולים, שיביאו שינוי התנהגותי במציאות היומיומית בבתי החולים. להטמעת ערך זה תהיה השפעה על החשת החלמת החולה, שכן היא תביא להגברת היעילות הרפואית ולשיפור בטיחות החולה והיכולת להעניק רפואה מיטבית.

על משרד הבריאות והנהלות בתי החולים לפעול להבטחת תנאי אשפוז הולמים שיאפשרו מתן טיפול נאות לחולה, ושמירה על צנעת הפרט שלו ועל כבודו. על המשרד לבחון את האפשרות של קביעת סל אשפוז לחולה המאושפז, כדי שיהיה מודע לזכויותיו במהלך האשפוז. על המשרד לפעול בתיאום עם בתי הספר לרפואה ולשלב בתכנית הלימודים שלהם את המודעות לחובתו של הצוות הרפואי להתייחס בסבלנות ובכבוד למטופלים. לשם הבטחת זכויות החולה במערכת הבריאות על המשרד והנהלות בתי החולים לקדם מהלך שיגביר את המודעות של הצוות המטפל ושל הציבור לחשיבות השמירה על זכויותיו, כבודו ורווחתו של החולה המאושפז. ראוי שהמשרד יבחן את מכלול הפעולות המתבצעות בבתי החולים במסגרת הטיפול בחולים המאושפזים, ויודא שהן מתבצעות בזמנים מתאימים לחולה או תוך פגיעה מזערית בנוחותו ובבטיחותו. להטמעת הוראות המשרד בנושא שיפור חוויית המטופל ראוי לפעול לאיתור הגורמים במערכת האשפוז הפוגעים ביכולת להבין ולממש את ערך כבוד האדם וכבוד החולה, להכיר בו ולתת לו ביטוי בפועל. על המשרד לפעול לפרסום מידע לציבור בנוגע למדדי איכות בבתי החולים השונים, כדי לאפשר לחולים לבחור באופן מושכל את מקום האשפוז והניתוח המועדף עליהם.

דוח ביקורת זה עוסק בבתי חולים כלליים. ראוי שמשרד הבריאות ישקול להחיל את ההמלצות המובאות בו על כל מערכת הבריאות, כדי שהטיפול הרפואי והתומך ינתן ברמה נאותה ומספקת במערכת כולה.