

משרד הבריאות

פעולות ביקורת

נבדקו שירותי האשפוז בנגב. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, במרכז קופת החולים הכללית, בבית החולים סורוקה, בבית החולים הפסיכיאטרי הממשלתי בבאר שבע, ובהנהלות קופות החולים השונות בנגב.

נבדקו פעילותה של הוועדה לאישור נסיעות לחו"ל לצרכים רפואיים, ודרך הזמנתם של רופאים מומחים מחו"ל לבתי חולים בארץ. הבדיקה התרכזה בהזמנתו של נוירוכירורג לניתוח חולים בארץ.

נבדקו פעולות הרוקחים המחוזיים בתחום הפיקוח על בתי המרקחת; ובייחוד תדירות ביקורי הפיקוח ועריכת ביקורי פיקוח חוזרים.

בעקבות תלונות שנתקבלו במשרד מבקר המדינה, נבדק טיפולו של הסמנכ"ל למינהל במשרד, בענייניהם של כמה עובדים.

שירותי האשפוז בנגב

ריכוז ממצאים

שירותי האשפוז באזור הנגב ניתנים בכמה מסגרות אשפוז: בית החולים הכללי סורוקה של קופת החולים הכללית; בית החולים הפסיכיאטרי הממשלתי בבאר שבע; ומוסדות גריאטריים ציבוריים ופרטיים בבאר שבע ובדימונה.

בית החולים סורוקה הוא היחיד בנגב הנותן שירות רפואי כללי לאוכלוסיית הנגב מקרית גת ועד אילת (באילת פועל בית החולים יוספטל). עם הגידול בביקוש לשירותי בריאות מחד - בייחוד עקב הגידול הניכר באוכלוסיית הנגב - וההרעה במצבה הכספי של קופת החולים שאינו מאפשר לה להשקיע משאבים מספיקים בפיתוח בית החולים מאידך, אין בית החולים מסוגל לספק את מלוא השירותים הרפואיים הדרושים באזור.

במחלקות הפנימיות ובמחלקות היולדות יש מצוקה קשה: תפוסת יתר קבועה, צפיפות, תנאים פיסיים גרועים, כוח אדם מועט לעומת העומס, וציוד מועט ומיושן. המצב פוגע באיכות הטיפול במאושפדים; במחלקות היולדות עמדות הלידה אינן מספיקות, והבנייה להרחבת חטיבת הנשים והיולדות טרם הושלמה, בשל חוסר תקציב.

במחלקות הילדים תנאים פיסיים לא נוחים, וחוסר במכשור. ביחידה לטיפול נמרץ בילדים תפוסת יתר קבועה. במחלקה לטיפול נמרץ ביילוד (פגייה) התפוסה גבוהה וקיים חסר במכשור. בתחומים נוירולוגיה, נפרולוגיה, אונקולוגיה והמטולוגיה אין בבית החולים מומחים לבעיות ילדים.

רוב חדרי הניתוח נבנו לפני כשלושים שנה ומאז לא שונו. אין הם מתאימים לצרכי החולים, ואי אפשר לשמור בהם על סטריליות מוחלטת, כדרוש. המכשור והציוד אינם מספקים. אין חדרי התאוששות.

חלק גדול מהציוד לשירותי רנטגן הוא מיושן ואף מסוכן לשימוש. חולים הזקוקים לבדיקות מסוימות נשלחים לבתי חולים במרכז הארץ. ליד מכון הרנטגן שלד בניין בשטח המיועד להרחבתו. מחוסר תקציב דבר לא נעשה.

אמצעי הכיבוי וסידורי מניעת דליקות בבית החולים לוקים בחסר.

המספר הכולל של מיטות האשפוז ל-1,000 נפש בנגב הוא הקטן ביותר בהשוואה לכל אזור אחר בארץ. מספר המיטות לאשפוז גריאטרי, כולל סיעודי, אינו מספיק. חולים גריאטריים מאושפזים בבית החולים סורוקה, אף שאינם זקוקים לאשפוז רגיל; הם נשארים בבית החולים משום שלא נמצאה להם מסגרת אשפוזית מתאימה. הדבר מוסיף על מצוקת האשפוז בבית החולים. גם בקהילה ממתנינים לאשפוז עשרות חולים גריאטריים, שכבר אושר להם אשפוז סיעודי.

בתחום שירותי בריאות הנפש הועלה, שבכל האזור אין יחידת מיון משולבת עם חדר השהיה, כפי שיש במקומות אחרים בארץ; אין מחלקות לילדים ולנוער, ואין פסיכיאטר לילדים בהיקף משרה מספיק.



בחדשים מאי - יוני 1992 בדק משרד מבקר המדינה את שירותי האשפוז באזור הנגב. בדיקות השלמה נעשו בדצמבר. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), במרכז קופת החולים הכללית (להלן - הקופה), בבית החולים הכללי סורוקה של הקופה, בבית החולים הפסיכיאטרי הממשלתי בבאר שבע, ובהנהלות קופות החולים השונות בנגב.

המחסור במיטות אשפוז באזור הנגב

1. בעמ' הבא טבלה ובה השוואה שערך משרד מבקר המדינה, של מספר מיטות האשפוז ביחס לאוכלוסייה באזורי הארץ השונים, על פי נתוני המשרד לסוף שנת 1990, לפי אזורי-העל לאשפוז¹:

מהטבלה עולה, כי המספר הכולל של מיטות האשפוז ל-1,000 נפש באזור הדרום (3.43) הוא הנמוך ביותר בהשוואה לכל אזור אחר בארץ, אך לגבי מספר המיטות הכלליות ל-1,000 נפש באזור הדרום (2.24) הפער בינו לבין אזורים אחרים קטן בהרבה. יוצא, שהפער הכולל נובע בחלקו הגדול ממחסור במיטות אשפוז בתחום הגריאטריה ובתחום בריאות הנפש.

יש לציין, שהשוואות אחרות שעשה משרד מבקר המדינה על בסיס מיון שונה של חלוקה למחוזות, ונתונים של הקופה בדבר מספר המיטות שתקצבה, מצביעות על פערים גדולים יותר בין מספר המיטות באזור הדרום ובין אלה שביתר האזורים.

¹ בשנת 1991 שינה משרד הבריאות את מתכונת הנתונים והוא מציג את האוכלוסייה לפי מחוזות.

מספר מיטות כלליות ל-1,000 נפש	מספר מיטות ל- 1,000 נפש	מהן מיטות כלליות בלבד	המספר הכולל של מיטות האשפוז*	האוכלוסייה	כל הארץ
2.53	6.03	12,193	29,094	4,823,100	
2.36	4.58	3,218	6,253	1,366,600	צפון
2.41	9.22	2,353	8,989	975,300	שרון
2.25	5.91	2,634	6,912	1,170,500	מרכז
4.07	5.72	1,030	1,447	252,800	תל אביב
3.25	6.62	1,897	3,869	584,500	ירושלים
2.24	3.43	1,061	1,624	473,400	דרום**

* כולל כלליות, גריאטריה ובריאות הנפש.

** כולל אזור הנגב, אשקלון ואילת.

2. בתגובתו לפניית משרד מבקר המדינה הודיע המשרד, כי הוא מאמץ את הממצא בדבר "נחיתותו היחסית של הנגב בתחום האשפוז, לעומת אזורי הארץ האחרים". המשרד הכיר בצורך להוסיף מיטות ואף אישר לבית החולים סורוקה, שהוא בית החולים הכללי היחיד באזור, תוספת של 106 מיטות לשנת 1992 (רובן להשלמת קומת היולדות, ראה להלן).

הבדיקה העלתה, כי המשא ומתן בין הקופה לבין המשרד בעניין חלוקת מימון תוספת המיטות נמשך כבר יותר משנה. בתחילה הסכים המשרד לממן מחצית מהעלות ותבע מהקופה לממן את המחצית האחרת. אחר כך הוסכם שהמשרד יממן שני שלישים מהעלות. לבסוף סוכם שתוספת המיטות תמומן כולה מתקציב המדינה; הקופה היא שתבצע את הפרויקט, בליווי ובפיקוח המשרד, וזאת בהתאם להסכם שיתואם ויחתם בין הצדדים. עד מועד סיום הביקורת, דצמבר 1992, ההסכם טרם נחתם.

במהלך המשא ומתן הוברר, כי הבעיה אינה מתמצית בתוספת מיטות בלבד, אף כי זהו מרכיב חיוני, וכי בלי פתרונות בו-זמניים בתחומי שירותי התשתית (למשל, חדרי הניתוח וחדרי התאוששות), ובתחומי ההצטיידות והתקן - יקשה על בית החולים לתפקד ולספק את מלוא השירותים הדרושים לחולים. עד מועד סיום הביקורת, דצמבר 1992, לא נמצא פתרון לבעיות אלה.

3. במסמך שהוכן באגף לתכנון ובינוי מוסדות רפואה של המשרד, ביוני 1992, מסמך שהתייחס לכל הארץ, צוין: "גל העליה כבר החל נותן אותותיו במספר בתי חולים שאינם ערוכים מבחינת תשתית מתאימה (חמור מכל המצב בבית חולים סורוקה). היות שכבר ברור כי המצב ילך ויחמיר, וכי העולים סובלים מבעיות בריאות בהיקף רחב יותר מהממוצע באוכלוסייה הוותיקה, לכן דרושות היערכות מהירה ותכנית רב שנתית לטיפול בבעיה". לפי הנאמר במסמך, מציאות חדשה זו מחייבת איתור קרקעות למיקום 3 - 4 בתי חולים נוספים; בשל "חריפות המצב" בבית החולים סורוקה, הוחלט להתמקד בשלב הראשון באיתור קרקע לבית חולים נוסף באזור באר שבע.

באוקטובר 1992 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי בדיון אצל שר הבריאות הנחה השר כי יוחל בתכנונו של בית חולים כללי חדש באזור באר שבע, הוטל על האגף לתכנון ובינוי מוסדות רפואה להיערך לקידום משימה זו. עד מועד סיום הביקורת, דצמבר 1992, טרם הוחל בכל הליך של תכנון, משום שלא ניתן ביטוי תקציבי לפרויקט.

בית החולים סורוקה

בית החולים סורוקה הוקם בשנת 1960. הוא בית חולים אוניברסיטאי ופועל במשותף עם הפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן גוריון. דיקן הפקולטה לרפואה הוא גם מנהל המרחב של הקופה, זאת כדי שהאקדמיה תשרת גם את הקהילה ותהיה מעורה בשירות הרפואי לכלל התושבים. ראש חטיבה בביה"ח אחראי גם לנושא האקדמי וגם לנושא השירות הרפואי. לדברי המדען הראשי של המשרד, מתבצעת במרכז הרפואי פעילות נרחבת בתחום המחקר: משנת 1986 ועד אוגוסט 1992, העניקה לשכת המדען הראשי של המשרד 83 מענקי מחקר לרופאים ולחוקרים במרכז רפואי זה.

בית החולים סורוקה הוא היחיד בנגב הנותן שירות רפואי כללי לאוכלוסיית הנגב מקרית גת ודרומה (באילת פועל, בית החולים יוספטל), והוא בכוננות קבועה של 24 שעות כל ימות השנה. בתחומים אחדים - נירורכיורגיה, כיורוגית ילדים וניתוחי חזה ולב - הוא משמש כבית חולים-על לבתי החולים ברזילי באשקלון ויוספטל באילת. בית החולים משרת כ-350,000 נפש, החיים בכ-60% משטח מדינת ישראל, בהם 70,000 בדואים. בנוסף, ניתנים שירותים רפואיים לכוחות צה"ל של פיקוד דרום ולמטיילים הרבים שבאזור. מאז שנת 1985 ועד 1991 גדלה אוכלוסיית הנגב בכ-22%.

כלל המיטות שתקנן מרכז הקופה לבית החולים, באפריל 1992, היה 906 (ב-1991 - 867), מהן: 734 מיטות אשפוז, 60 לאשפוז יום, 100 ליונקים, ו-12 מיטות לדיאליזה.

על פי נתוני בית החולים, חל בשנים האחרונות גידול ניכר בהיקף הפעילות שלו: בשנת 1991 (בלי שני חודשי מלחמת המפרץ) התקבלו לאשפוז 7,331 חולים בחודש, בממוצע - גידול של כ-22% לעומת השנה הקודמת; במרפאות החוץ היו בשנים 1991 ו-1990 כ-27,000 ביקורים בחודש - גידול של כ-30% לעומת שנת 1989; ובשנת 1989 היה גידול של כ-34% לעומת השנה שקדמה לה.

עם אותה תשתית משרת בית החולים אוכלוסייה שגדלה בזמן האחרון בשיעור ניכר, ובתחומים רבים הוא מתקשה לספק את הביקושים הגדלים לשירותי בריאות. אמנם חוסר ההשקעה של הקופה בתשתיות יסוד בא לידי ביטוי כבר בשנים קודמות, אך הגידול בביקושים לשירותי בריאות מחד, וההרעה במצבה הכספי של הקופה מאידך, החמירו את הבעיה. לאחרונה, עם הגידול הניכר באוכלוסיית הנגב החרף המצב, וקשה לבית החולים לספק את מלוא השירותים הרפואיים הדרושים באזור, כמפורט להלן.

המחלקות הפנימיות

במחלקות הפנימיות יש מצוקה קשה: תפוסת יתר קבועה, המחמירה בחודשי החורף; צפיפות; תנאים פיסיים קשים; כוח אדם מועט לעומת העומס; ציוד מועט ומתבלה מהר. המצוקה גוברת נוכח חוסר פתרונות לחולים סיעודיים, לחולים אונקולוגיים (ראה להלן), ולזקוקים לטיפול נמרץ נשימתי.

השוואה של התפוסה השנתית הממוצעת במחלקות הפנימיות בכמה בתי חולים גדולים בארץ מעלה, שבשנת 1991 התפוסה השנתית הממוצעת במחלקות הפנימיות של ביה"ח סורוקה היא הגבוהה ביותר: 116% בסורוקה לעומת 97% בבילינסון, 89% ברמב"ם ו-87% בשיבא. התפוסה הארצית הממוצעת במחלקות פנימיות היתה בשנה זו 95%.

משרד מבקר המדינה סקר את שיעורי התפוסה החודשית הממוצעת במחלקות הפנימיות בביה"ח סורוקה בשנת 1992. הסקירה מצביעה על תפוסת יתר קבועה. בחודשים אחדים, בעיקר בחורף, היתה במחלקה אחת תפוסה של כ-150% ובמחלקה אחרת בין 180% ל-240%.

הועלה שבעונת החורף היתה תחלופה גדולה מאד של חולים - בכל אחת מהמחלקות הפנימיות נתקבלו ביום אחד בממוצע כ-15 ושוחררו כ-15 אנשים. מקצת החולים שוחררו לפני תום הטיפול, כדי לאפשר קליטת חולים חדשים; במצב של תפוסה נמוכה יותר הם היו נשארים במחלקה להמשך

בירור או לסיום טיפול. מרבית המאושפזים היו חולים קשים שהצריכו השגחה מרובה. חולים רבים אושפזו במסדרונות ובחדרי אוכל בלא אפשרות ליתן טיפול בחמצן, ניטור לב והחייאות, בגלל חוסר תשתית (צנרת חשמל, שקעים וכו'); לא היו צוותים רפואיים ומתמחים די הצורך לטיפול בחולים הרבים.

מנהל מרחב הנגב ומנהל בית החולים התריעו על המצב החמור פעמים רבות בשנים האחרונות, וציינו שהדבר פוגע באיכות הטיפול בחולים. בדצמבר 1991 אף הגיש מנהל החטיבה הפנימית את התפטרותו במחאה על שלא ננקטו פעולות לשיפור המצב.

באפריל 1992 פתח בית החולים מחלקה פנימית נוספת ובה 30 מיטות. מחוסר מקום שוכנה המחלקה החדשה, בשלב ראשון, במקום המיועד למחלקה האונקולוגית (ראה בהמשך), ובמהלך הביקורת נעשו הכנות להעברתה למרתף בית החולים. המרתף נועד לשימוש בשעת חירום, ובעת רגיעה מפעילים בו חדרי ניתוח; חסרים בו התנאים המקובלים של מחלקה, ובהם איורור, חלונות, וחדרי צוות בסמוך. במצב זה אין שטח אחר בביה"ח לשימוש בשעת חירום או כאשר משפצים מחלקה אחרת.

גריאטריה

בביה"ח סורוקה מחלקה גריאטרית ובה 25 מיטות וחדר פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. בכמה מהמיטות מאושפזים חולים גריאטריים שהועברו מהמחלקות הפנימיות, ובאחרות - חולים גריאטריים שיקומיים בטיפול אורטופדי או לאחר אירוע מוחי. לשיקום ממושך מופנים החולים בעיקר לביה"ח הרצפלד בגדרה. הריחוק הניכר גורם לניתוק החולה ממשפחתו ומקשה עליהם.

מבין החולים הגריאטריים יש שאינם זקוקים לאשפוז רגיל, והם נשארים בבית החולים משום שלא נמצא להם מקום מתאים אחר. גם בקהילה ממתנים עשרות חולים, שאושר להם אשפוז סיעודי, לפתרון מתאים. באזור הנגב מספר המיטות לאשפוז סיעודי אינו מספיק, ולמשרד אין תקציב לממן מיטות סיעודיות במוסדות פרטיים. המחסור במיטות לאשפוז סיעודי מחמיר את מצוקתן של המחלקות הפנימיות בסורוקה.

השירות האונקולוגי

בבית החולים סורוקה מכון אונקולוגי ובו מאיץ קווי אחד. לדברי מנהל המכון, הוא פועל יחד עם הנהלת בית החולים לרכישת מאיץ קווי נוסף שישמש לפעולות קטנות. היות שאין בביה"ח מחלקה אונקולוגית, שוהים החולים הזקוקים לאשפוז קצתם במחלקות הפנימיות וקצתם בביתם; לבאים ממקומות רחוקים מוסדרת הסעה לבית או לינה בעיר.

רבים מהחולים האונקולוגיים המקבלים טיפול עם חומרים רדיו-אקטיביים זקוקים לאשפוז בתנאי "בידוד מגן", כלומר בחדר מבודד ושירותים נפרדים. דבר זה מגביר את מצוקת האשפוז בחדרים וגורם לאשפוז חולים פנימיים במסדרונות. כדי שלא להעמיס את כל החולים האונקולוגיים על מחלקה פנימית אחת, מופנים החולים למחלקות פנימיות שונות. לדברי מנהל המכון האונקולוגי, הדבר מקשה על שליטה ישירה בטיפול הניתן לחולים, ולעתים מתגלעים חילוקי דעות בין צוות המחלקה, שבה שוהה החולה, לבין הרופאים האונקולוגיים, לגבי אופן וסוג הטיפול. לדבריו, עלולים חילוקי הדעות להביא לכשל הטיפול המקצועי.

על פי נתוני בית החולים, נוספו בשנת 1991 550 חולים אונקולוגיים, גידול של 12% לעומת השנה הקודמת ו-36% לעומת שנת 1989.

המשרד הכיר בצורך להפעיל מחלקה אונקולוגית, ובה - 15 מיטות בשנת 1991 ו-28 מיטות בשנת 1992. בעת הביקורת עדיין לא פעלה מחלקה כזאת, לטענת הקופה - בשל חוסר תקציב. בספטמבר

1992 הודיעה הקופה למשרד מבקר המדינה, כי באותו חודש הופעלו במחלקה האונקולוגית עשר מיטות, לאחר שהושגה השתתפות של האגודה למלחמה בסרטן במימון הפרויקט.

המחלקה לנפרולוגיה

המחלקה לנפרולוגיה מטפלת בסוגים שונים של אי ספיקת כליות. מטופלים בה כ-125 חולים. במחלקה 13 מכונות דיאליזה (12 להפעלה רגילה והנוספת לחירום). בדרך כלל מטופל החולה במכונת דיאליזה שלוש פעמים בשבוע, במשך שעות אחדות. האחיות מפעילות את המכונות, וכל אחות משגיחה על כמה חולים בעת ובעונה אחת.

הביקורת העלתה, שבחלק מהמשמרות מופעלות רק 8 מכונות דיאליזה ובאחרות 12. למכונות הדיאליזה יש יכולת קליטה של עוד כ-20 חולים, אך מספר האחיות שבתקן אינו מאפשר טיפול בחולים נוספים. במאוס 1991 הודיע מנהל בית החולים למנהל המחלקה הנפרולוגית ש"לאור חוסר יכולת היחידה לטפל בחולים חדשים יש להפנות את המקרים החדשים למחוז (או לקופה) המטפל בהם ובמקרים דחופים להפנותם לבתי חולים אחרים - אסף הרופא, אשקלון, תל השומר".

אין בביה"ח נפרולוג לילדים. שירות מסוים ניתן על ידי יועץ המגיע מירושלים או מרחובות.

חטיבת הנשים והיולדות

1. בבניין אחד מצויות שתי מחלקות נשים, ובבניין סמוך לו מצויים בקומת הקרקע חדר מיון נשים, שתי מחלקות יולדות, שני חדרי לידה, שני חדרי ניתוח וחדר לגרידות. בקומה העליונה באותו בניין מחלקת יולדות חדשה, שנפתחה בשנת 1990. יש בה 35 מיטות, היא מרווחת והתנאים בה נוחים.

למחלקה החדשה, הפועלת כבר שנתיים, לא נקבע תקן של כוח אדם, וכוח האדם שהוקצה לשתי המחלקות הישנות מפעיל את שלוש המחלקות. עקב כך יש מחסור בכוח אדם, ועומס העבודה על צוות העובדים בכל מחלקות היולדות גדול ביותר. בעת הביקורת איכלסה המחלקה החדשה כ-1/3 משטח הקומה; בשטח הנותר הוקם השלד בלבד. על פי התכנון מיועד שטח זה להרחבת חטיבת הנשים והיולדות.

בשתי מחלקות היולדות הישנות שבביה"ח התפוסה החודשית הממוצעת גדולה מאד. היא נעה בסוף שנת 1991 ובתחילת שנת 1992 בין 130% ל-150%. בעת הביקורת, מאי 1992, היו במחלקות אלה תשע מיטות בכל חדר בצפיפות רבה (שטח של חדר כ-25 מ"ר). כאשר התפוסה בחדרים מלאה, יש שמכניסים גם מיטה עשירית לכל חדר, ומיטות נוספות במסדרון. לדברי מנהל החטיבה, יש שמשחררים יולדות מוקדם מהרגיל בשל הצפיפות הרבה. ביה"ח גם ממליץ ליולדות לנסוע לבתי חולים אחרים, בעיקר כאשר צפויה לידת פג, אך בדרך כלל אין היולדות נענות להצעה.

במחלקות הישנות אין חדרי לרופאים, אין חדר אוכל; השירותים והמקלחות למאושפזות מצויים במסדרון ומשמשים גם את העוברים ושבים.

2. בשנים האחרונות יש עלייה מתמדת של 4% - 5% מדי שנה במספר הלידות. חדרי הלידה תוכננו ל-7,500 לידות בשנה, ובהם 8 עמדות לידה. מספר הלידות בביה"ח סורוקה בשנת 1991 היה הגדול בארץ והגיע ל-9,178. בביה"ח שיבא, למשל, שגם בו 8 עמדות לידה, היו 5,417 לידות ובביה"ח מאיר בכפר סבא, שבו 10 עמדות לידה, היו 5,619 לידות. בשאר בתי החולים בארץ היה מספר הלידות קטן יותר.

בזמני שיא, כאשר כל עמדות הלידה תפוסות, מתבצעות לידות במסדרונות ובחדרי צירים; ניתוחים קיסריים נאלצים לבצע בחדר גרידות, מחוסר חדר ניתוח מתאים, ובתנאים קשים. לדעת מנהל בית החולים, "חדרי הלידה עובדים ברמת סיכון גבוהה".

סמוך לחדרי הלידה שני חדרי ניתוח (באחד מהם מבוצעים גם ניתוחים קיסריים) וחדר לגרידות. לחדרים אלה אין חדרי התאוששות ומנוחה. לצורך זה נסגר מעבר שהוביל למסדרון, והוצאת חולה מחדר הלידה נעשית במעברים לא נוחים. אין מקום התאוששות לילדות; לאחר הלידה הן שוהות במסדרון הפנימי של חדרי הלידה והניתוח.

3. כדי להגיע ממחלקות הנשים לחדרי הניתוח שבבניין היולדות צריך לעבור בשטח פתוח. לפיכך, במזג אוויר גשום ניתוחים מתעכבים, ואף מתבטלים.

אחד החדרים בקומת הקרקע שבבניין היולדות משמש לאשפוז יום. בחדר זה מקבלים את החולות, שואלים את השאלות, בנוכחות החולות האחרות, ובו שוהה החולה עד לשחרורה. החדר קטן, כ-16 מ"ר, ובו 3 - 4 מיטות. לבני המשפחה אין אפשרות לשהות ליד החולה, והם ממתינים במעבר שמחוץ לחדר. לרופא המטפל אין חדר, מלבד חדרון המיועד לרופא התורן. בתנאים אלה קיים חשש לפגיעה בצנעת הפרט.

חטיבת הילדים

בחטיבת הילדים חמש מחלקות: ילדים, תינוקות, פגים, מיון ילדים ואשפוז יום. במיון הילדים מטפלים בכ-25,000 פניות בשנה. במרפאות הילדים ביקרו ב-1992, בממוצע חודשי, 1,110 ילדים. נתונים אלה מצביעים על גידול לעומת שנים קודמות (לפי נתוני ביה"ח לאותן שנים).

ב"טיפול נמרץ ילדים" מתוקננות ארבע מיטות. על פי נתוני ביה"ח, התפוסה החודשית הממוצעת בחודשים ינואר - מארס 1992 היתה 181%, 145% ו-176%, בהתאמה. בפברואר 1992 הודיע ראש החטיבה לבתי החולים יוספטל באילת וברזילי באשקלון ש"אין לשלוח ילדים ותינוקות עם בעיות כירורגיות או נירוכירורגיות ללא תאום מוקדם ... חולים שישלחו למרות זאת, גם במקרה דחוף יוחזרו אליכם באם יזדקקו לטיפול נמרץ לילדים".

המחלקה לטיפול נמרץ בילוד (פגיה) היא מבנה חדש ובו 40 עריסות, אך רק ל-25 מהן יש מכשירים להנשמה. בהעדר מכשור מתאים, כאשר התפוסה גבוהה מאד נאלצים לעתים לשלוח פגים לבתי חולים אחרים. לפי נתוני בית החולים, בשנת 1991 היתה ההוצאה של בית החולים כ-174,000 ש"ח עבור 330 ימי אשפוז של פגים בבתי חולים שאינם של הקופה. בנוסף, עלות הסעה לפג אחד היא כ-500 ש"ח. על פי נתוני בית החולים, היתה בינואר ובמארס 1992 תפוסת יתר של למעלה מ-30%.

בתחומים נירולוגיה, נפרולוגיה, אונקולוגיה והמטולוגיה אין מומחים לבעיות ילדים. לדעת מנהל בית החולים, צריכים להיות מומחים בתחומים אלה גם לילדים.

במחלקות אין סידורים נאותים לשהיית הורים בסמוך לילדיהם, למעט ביחידה לטיפול נמרץ, ובני המשפחה שוהים ומסתובבים במקום כל שעות היממה. חדרים רבים צריכים שיפוץ וצביעה. במחלקות חסר מכשור, כגון: מונים ומשקלים אלקטרוניים, מכשירים אלקטרוניים למדידת לחץ דם, ויש צורך להחליף את המיטות הישנות. סגן מנהל בית החולים מסר למשרד מבקר המדינה, כי מוגשת בקשה שנתית קבועה לרכישת פריטים אלה, אך בהעדר תקציב היא נדחית.

מחלקת עצבים

על פי נתוני המשרד, יש במחלקת עצבים תפוסת יתר. התפוסה השנתית הממוצעת במחלקה בשנים 1990 ו-1991 היתה כ-130%; התפוסה הארצית הממוצעת באותן שנים היתה כ-90% בלבד. גם הנתונים החודשיים של ביה"ח לתחילת 1992 מעידים על תפוסה חודשית גבוהה (כ-140%).

כירורגיה פלסטית

ברישיון המשרד מאושרות להפעלה בביה"ח 19 מיטות לכירורגיה פלסטית, אך מתוקננות 15 בלבד. ארבע המיטות שאינן מתוקננות מיועדות ליחידה לכוויות. בספטמבר 1992 הסבירה הקופה, שמסיבות תקציביות עדיין לא נפתחה היחידה המיוחדת לכוויות, ולכן המחלקה מטפלת בנפגעי כוויות.

חדרי ניתוח

בבית החולים 17 חדרי ניתוח: ב"חדר הניתוח הגדול", המשמש בעיקר לניתוחים גדולים, שמונה חדרים; ב"חדר הניתוח מרתף" ארבעה חדרים, ב"חדר ניתוח נשים" שלושה חדרים ובמרפאות החוץ שני חדרים. מנתוני בית החולים עולה, שבשנים 1990 ו-1991 גדלה הפעילות בכל חדרי הניתוח בעשרות אחוזים, לעומת שנים קודמות.

חדר הניתוח הגדול: תוכנן בשנות ה-50, לצרכים של אותה תקופה. הוא נבנה בשנת 1960, עם הקמת בית החולים, ומאז לא שונה. חדרי הניתוח קטנים ומעטים, לוחות החשמל אינם עומדים בעומס, ולא ניתן להוסיף מכשור הכרחי (למשל: לא היה ניתן להתקין מכשיר לייזר בחדר הניתוח הגדול ונאלצו להתקינו בחדר ניתוח מרתף). אין מערכת להחלפת אוויר (בנוסף למיזוג), חוץ מאשר בחדר לניתוחי לב ששופץ לאחרונה. מלבד החדר לניתוחי לב, אין בחדרים האחרים מקום להכנת החולה לפני הניתוח, ומרדימים אותו בחדר הניתוח. אין חדר התאוששות; לצורך זה משתמשים באחד מחדרי הניתוח שהוצבו בו ארבע מיטות. אין טלפון פנים לקשר ישיר בין חדרי הניתוח למחלקות, ציוד הרנטגן בחדרי הניתוח מיושן, בהשוואה לציוד בבתי חולים אחרים, אין אפשרות להעביר בדיקות פתולוגיות תוך-ניתוחיות ישירות למכון לפתולוגיה.

יש תקלות ושיבושים ביחידה לאספקה סטרילית. בנוסף, מחסני הציוד הקבוע והמתכלה של חדר הניתוח הגדול מצויים בתוך אגף חדרי הניתוח. הציוד מובל כמה פעמים ביום מהכניסה הראשית של חדרי הניתוח, דרך המסדרון של חדר הניתוח אל המחסנים. הציוד מוסע על גבי משטחים ועגלות לא סטריליים. מצב זה פוגע בסטריליות של חדר הניתוח, ומגביר את סכנת הזיהומים.

בספטמבר 1992 הודיעה הקופה למשרד מבקר המדינה, שיש תכנית לבניית אגף חדש של חדרי ניתוח. יועד לו שטח, אך טרם נמצא מימון להקמת האגף. עלות ההקמה נאמדת בכ-15 מיליון דולר.

ניתוחי חזה ולב: עד לאחרונה, כל חולי הנגב שנזקקו לניתוחי חזה ולב הופנו לבתי חולים במרכז הארץ. אחד החדרים של חדר הניתוח הגדול שופץ והותאם לביצוע ניתוחי חזה ולב, ובמאוס 1992 בוצע בו הניתוח הראשון. עד סוף אוקטובר 1992 בוצעו בו 140 ניתוחים (90 ניתוחי לב פתוח ו-50 ניתוחי חזה ולב). בעת הביקורת טרם הושלמה בניית המחלקה לניתוחי חזה ולב. לכן הועברו המנותחים לחדר התאוששות מאולתר, ולאחר מכן לחדר אחר להשגחה. הקופה הודיעה למשרד מבקר המדינה, שהמחלקה נפתחה בספטמבר 1992.

ניתוחים אורטופדיים-אונקולוגיים: למן שנת 1988 מבוצעים בבית החולים ניתוחים אורטופדיים אונקולוגיים. לצורך זה אישר המשרד הפעלת שש מיטות. עד מועד סיכום הביקורת, אוקטובר 1992, טרם תקנן מרכז הקופה את היחידה. במחלקה האורטופדית מכינים לצורך זה שני חדרים בסיוע האגודה למלחמה בסרטן. בעת הביקורת שהו המנותחים ביתר חדרי המחלקה עם שאר החולים במחלקה האורטופדית.

היחידה לניתוחים אורטופדיים-אונקולוגיים מתוכננת כיחידה ארצית. בעניין זה כתב מנכ"ל המשרד ביוני 1991 לסגן מנהל תחום התקצוב שבמשרד: "יש לציין כי מאז נפתח שירות זה בבי"ח סורוקה אין כמעט כל בקשות לביצוע ניתוחים מורכבים מעין אלה בחו"ל (בארה"ב), ומזה כשנתיים מבוצעים כל הניתוחים בארץ. אין ספק שיש בכך הן תעודת כבוד לרפואה הישראלית ובנוסף על כך חסכון משמעותי, שכן מחירו של ניתוח כזה בארה"ב הוא מעל ל-100,000 דולר. יחידה זו תוכר על ידינו כיחידה ארצית לנושא זה."

מנהל ביה"ח מסר למשרד מבקר המדינה, כי היחידה מתוכננת לפעול כמשק סגור על פי מחיר דיפרנציאלי² לניתוח; המחירים תומחרו, אך עד נובמבר 1992 טרם אושרו להפעלה. עקב כך לא ניתן לגבות את המחיר הנכון לניתוח (כ-40,000 ש"ח).

שירותי הרנטגן וההדמיה

1. לדברי מנהל מכון הרנטגן, ירדה בשנים האחרונות רמת שירותי ההדמיה במרכז הרפואי, ופגעה בשירותים שניתנו לחולים. בדצמבר 1989 הוא כתב למנהל בית החולים: "שירותי הרנטגן נמצאים בתהליך של התפרקות איטית, שדורש התייחסות וטיפול מיידי. שנים רבות לא הוקצבו תקציבים להחלפת ציוד הרנטגן וכתוצאה מכך חלק גדול מהציוד הינו מיושן ואף מסוכן לשימוש. חדר האנגיוגרפיה ממוקם בשטח קטן לא מתאים. הציוד הקיים הותקן לפני 16 שנה. שימוש בציוד זה גורם לתקלות רבות, צורך לחזור על פעולות, שימוש בכמות מירבית של חומר ניגודי, קרינה בלתי מבוקשת, שימוש רב בצילומים וזמן רב לבצוע הבדיקות. כל אלה בהכרח מהווים סכון לחולה. חדרי השיקוף גם הם מיושנים (16 שנה) וגם בהם התקלות מרובות. מכשיר הטומוגרף הממוחשב החדש (למעשה מכשיר משופץ) כבר היום אינו עומד בסטנדרטים והן בציפיות הדרושים. מכשיר הממוגרפיה המצוי במרפאות החוץ, נאסר לשימוש מסיבות של בטיחות לקויה ואיכות ירודה. ציוד האולטרה-סאונד הוא מינימלי ורחוק מהסטנדרטים המקובלים היום. כאיש מקצוע המצוי ומכיר את שירותי הרנטגן בארץ אני יכול בבטחון לציין כי רמת הציוד במרכז הרפואי סורוקה נמוכה בהרבה לעומת רוב בתי החולים בארץ" (בעניין זה, ראה גם דוח שנתי 42, עמ' 302, "שירותי רנטגן והדמיה בבתי חולים").

בסוף מכתבו פירט מנהל המכון את הדרוש למכון בדחיפות: טומוגרף ממוחשב EXEL, 2400 מכשיר לתהודה מגנטית (MRI), חדר אנגיוגרפיה משוכלל, מכשיר אולטרה-סאונד כולל דופלר לבדיקת כלי דם, שני חדרי שיקוף מודרניים, חדר רנטגן עם מכשור לילדים בלבד, מכשיר ממוגרפיה למרפאות, מכונת פיתוח אוטומטית, השלמת מחשוב המכון.

ביולי 1990 הוא שוב כתב למנהל בית החולים: "המיכשור עומד בפגור לעומת יתר המכונים בארץ, המכון הופך בהדרגה למחסן גרוטאות ... המצב גורם לירידה באיכות השירות, אי חידוש הציוד יגרום לקשיים בשירותי הרנטגן הבסיסיים ואי הספקת המערכות המתוחכמות יכול לגרום לפגיעה בחיי אדם".

2. בדיקה שעשה משרד מבקר המדינה במכון במאי 1992 העלתה, כי למעט מכשיר ממוגרפיה למרפאות החוץ שהאגודה למלחמה בסרטן רכשה, לא נרכש ציוד חדש למכון.

חלק מהתמיסות שבהן משתמשים במכון לפיתוח הסרטים מצויות במסדרון שליד הכניסה למכון ועלולות להינזק. ליד מכון הרנטגן, באותה קומה, שטח נוסף של כ-1,500 מ"ר שהבנייה בו טרם הושלמה מחוסר תקציב. לפי המתוכנן, ימוקם שם מכשור הרנטגן שיירכש או יוחלף. בינתיים מצויים בחלק מהמקום תיקי צילומים של מכון הרנטגן; היות שהמקום אינו סגור ואטום עלולים הצילומים להינזק.

3. עוד העלתה הבדיקה:

חדר צנתורים: בחדר זה ביצעו צנתורי לב ובדיקות כלי דם. באפריל 1991 הפסיקו לבצע צנתורי לב בגלל בעיות במכשור. מאז, חולים הנזקקים לצנתור מופנים לבתי חולים במרכז הארץ. באוקטובר 1992 הגיע הציוד החדש לצנתורים (בשווי של כ-1.7 מיליון דולר) המיועד להתקנה

² מאפריל 1991 הופעלו תעריפים דיפרנציאליים לשירותים נבחרים בתחום האשפוז. בשיטה זו משולם עבור שירות על פי המחיר שנקבע לו. מפעם לפעם מרחיב המשרד את רשימת השירותים.

בחדר. עד סוף נובמבר הוא טרם הותקן, והחולים מופנים לבתי חולים אחרים. העלות השנתית לצנתורים מחוץ לבית החולים היא כ-600,000 ש"ח לשנה.

בפברואר 1992 הופסק ביצוע בדיקות כלי דם כמעט כליל, וחולים הזקוקים לבדיקות אלו מופנים לבתי חולים במרכז הארץ. לדברי מנהל המכון, נעשות במקום בדיקות מעטות, וזאת כאשר יש חשש שערכי כביצוע יסכן את החולה. הקופה הודיעה, כי בספטמבר 1992 אושרה רכישת מכשיר אנגיוגרפיה חדש בעלות של כשניים וחצי מיליון ש"ח; מחצית תמומן מתרומות ומחצית מתקציב הקופה.

סורק ממוחשב (C.T): המכשיר פועל מ-8.00 בבוקר ועד חצות בימי חול ומצאת השבת ועד 1.00 בלילה. בסורק נעשות בדיקות למאושפזים ולחולים ממחוז הנגב של הקופה. לפי נתוני בית החולים, בוצעו בממוצע לחודש בשנת 1990 - 1,515 בדיקות סורק, לעומת 1,181 בשנת 1989, גידול של 28.2%. בשנת 1991 ביצעו 1,769 בדיקות בממוצע לחודש, גידול של 16.7% לעומת 1990 (הנתון אינו כולל את שני חודשי מלחמת המפרץ). מנהל המכון סבור, שדרוש מכשיר משוכלל יותר, ואף מכשיר נוסף, כגיבוי בעת תקלה או תאונה (מקרי טראומה), שמספר הנפגעים בהן רב. במקרים אלה נעזר בית החולים במכשירים שבמרכז הארץ ואף במכון הפרטי שבעיר, אך אז נדחות הבדיקות של החולים המאושפזים בבית החולים והבדיקות המתוכננות לחולים מהמחוז.

בדיקות הדמיה: לפי נתוני בית החולים, חל גידול של כ-4% בביצוע בדיקות אלה בשנת 1991 לעומת 1990. כאמור, המכשירים הקיימים ישנים, ואי אפשר לבצע בהם בדיקות דופלר לכלי דם.

חדרי השיקוף: נתוני בית החולים מעידים על גידול של כ-11% בביצוע בדיקות רנטגן ושיקוף בשנת 1991, לעומת 1990.

טראומה

טראומה (פציעה, חבלה) - מחלה המתבטאת בפגיעה בשלמות הרקמות והנגרמת מפעולת אנרגיה חיצונית על גוף האדם. נפגע טראומה הוא אדם שנפגע מתאונת דרכים, פיצוץ, דקירה וכדומה. בבתי החולים במדינות המערביות יש יחידות מיוחדות לטיפול בנפגעי טראומה.

ביה"ח סורוקה מטפל בנפגעי טראומה של כל האזור. מגיעים אליו גם נפגעים כאלה מצה"ל ומקרב המטיילים הרבים באזור. אין בביה"ח מרכז לטראומה, והנפגעים הזקוקים לשירות זה מקבלים את הטיפול במסגרות הקיימות (קליטה ראשונית בחדר מיון והעברה לחדרי ניתוח).

באפריל 1991 מינה מנכ"ל המשרד ועדה לתכנונם, הקמתם והפעלתם של מרכזי טראומה ברחבי הארץ. הוועדה הגישה את דוח הסיכום שלה למנכ"ל המשרד במאי 1992. הוועדה המליצה להקים במדינת ישראל מערכת טראומה לאומית, הכוללת מרכזי טראומה ברמות שונות ומרכיבי מערכת נוספים. המלצות הוועדה בנושא הקמת מרכזי טראומה על-אזוריים בבתי החולים התבססו על השיקולים האלה: גודל האוכלוסייה וצפיפותה באזור המטופל בידי בית החולים; מספר הפצועים המתאשפזים בבית החולים; כשירות שירותי בית החולים ומיקומו הגיאוגרפי של בית החולים. לאור שיקולים אלה המליצה הוועדה להקים במדינת ישראל שישה מרכזי טראומה על-אזוריים, ובשלב א' נמנו בסדר העדיפות בתי החולים הדסה, סורוקה, רמב"ם ושיבא. עד כה הוקמה יחידה כזאת רק בבית החולים הדסה בירושלים.

מעבדות

מעבדות בית החולים סורוקה משרתות באופן מלא גם את מחוז הנגב של הקופה. העומס על המעבדות גדל עקב גידול האוכלוסייה, ריבוי האשפוזים ומטלות כירורגיות מורכבות נוספות (השתלות, ניתוחי חזה ולב וכו').

בעקבות כוונה של מרכז הקופה לצמצם את תקני משרות עובדי המעבדה, מחו מנהלי המעבדות של בית החולים בפני הנהלת הקופה, ואף דרשו להגדיל את מצבת כוח האדם במעבדות, כדי שיוכלו לעמוד בכל המטלות. בפגישה שהתקיימה בינואר 1992, בהשתתפות סמנכ"ל הקופה לענייני כוח אדם והנהלת ביה"ח, הביעה הנהלת ביה"ח את הסתייגותה מהצעת מרכז הקופה לצמצם את תקני המעבדות. סוכם בפגישה, שהנושא יידקדק מחדש ולאחר בחינת כל הנתונים יקבל ביה"ח את קביעת התקינה. עד סוף אוקטובר 1992 לא חל שינוי במצב.

בטיחות אש

באוקטובר 1991 בדק "איגוד ערים אזור באר שבע" (שירותי כבאות) את אמצעי הכיבוי וסידורי מניעת דליקות בבית החולים. הליקויים שהועלו בבדיקה עניינם: דרכי גישה של רכב כיבוי וחילוץ בכמה מקומות; דרכי מילוט בעת שריפה; מערכות גילוי אש ועשן; מדפי אש בפירי אשפה; דלתות אש תקניות; הכשרת צוות כיבוי; הכנת "תיקי שטח"; והחלפה מדורגת של מטפי הכיבוי הקיימים.

יש לציין, כי ליקויים אלה חזרו והועלו גם בבדיקות של האיגוד בשנים קודמות, וטרם תוקנו. לדעת ראש המדור למניעת דליקות של איגוד ערים אזור באר שבע, אי תיקון הליקויים "מנמוקים של חוסר תקציב, עלול לגרום לפגיעה בחיי אדם ורכוש במקרה שריפה".

בבדיקה שערך משרד מבקר המדינה באוקטובר 1992 הועלה, שהנהלת בית החולים מטפלת בתיקון חלק גדול מהליקויים.

חובות בגין שירותים לאוכלוסיות בלתי מבוטחות

רבים מבין הפונים לקבל שירותים רפואיים בביה"ח סורוקה אינם מבוטחים ביטוח רפואי. כלולים בהם הכושים העבריים, הברואים, והעולים, שלא ביטחו עצמם אחרי מחצית השנה הראשונה של ביטוח על חשבון משרד הקליטה.

לפי נתוני בית החולים, החובות שהצטברו, לתחילת 1992, בגין אשפוזים וטיפולים לאוכלוסייה לא מבוטחת הם כדלקמן: הכושים העבריים חייבים לבית החולים כ-2.5 מיליון ש"ח; אוכלוסייה לא מבוטחת אחרת חייבת כ-4 מיליון ש"ח; בית החולים הפסיכיאטרי - כ-450,000 ש"ח. עולה, אפוא, שמדובר בסכומים ניכרים המקשים על פעילותו התקינה של בית החולים.

הקופה הסבירה, כי תקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים), התשמ"א-1980, מחייבות כל בית חולים ציבורי לבדוק ולאשפז, במידת הצורך, כל חולה שפונה אליו, ולפיכך אין ביה"ח יכול לסרב לקבל חולה, גם אם אינו מבוטח. לדעת הקופה, הממשלה חייבת לממן את השירותים הרפואיים הניתנים בביה"ח לאוכלוסיות הבלתי מבוטחות. פניות של ביה"ח ושל מרכז הקופה למשרד לסייע בגביית החובות או בכיסוי חלק מהם לא נשאו פרי.

שירותי בריאות הנפש

שירותי בריאות הנפש באזור הנגב ניתנים בבית החולים הפסיכיאטרי בבאר שבע ובבית החולים סורוקה. בבית החולים הפסיכיאטרי 250 מיטות. בביה"ח סורוקה מאושרות להפעלה 10 מיטות אשפוז לפסיכיאטריה, אך מתבצע בו אשפוז יום בלבד, ולא אשפוז מלא. מנהל בית החולים סורוקה הבהיר למשרד מבקר המדינה, שחולים אשר להם בעיות משולבות (כלליות ונפשיות) מאושפדים בבית החולים סורוקה או בבית החולים הפסיכיאטרי, לפי חומרת הבעיה

בכל

הבעיה

חומרת

מקרה.

המיון הפסיכיאטרי מופעל במסגרת חדר המיון הכללי של ביה"ח סורוקה. מתבצעות בו תורנויות של רופאים פסיכיאטריים משני בתי החולים. אדם המגיע לחדר המיון, והרופא הפסיכיאטרי המשמש תורן בחדר המיון קובע שיש לאשפזו אשפוז מלא, מתבצע אשפוזו בבית החולים הפסיכיאטרי.

באזור הנגב אין יחידת מיון משולבת עם חדר השהיה, כפי שיש במקומות אחרים בארץ: אברבנאל, טלביה, גהה, פרדסיה, שלוותה. ביחידה כזאת ניתן להשאיר מאושפז לפרק זמן קצר לאבחון ולטיפול אינטנסיבי, לקראת החלטה אם להפנותו למחלקה ייעודית או להחזירו לקהילה. לעתים מאפשר הטיפול האינטנסיבי החזרה לקהילה ומונע הצטרפותו של החולה למעגל חולי הנפש המאושפזים. באוגוסט 1992 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי בהתאם להוראת שר הבריאות תיפתח בבית החולים הפסיכיאטרי, באוקטובר 1992, יחידת מיון והשהיה, אם לא יהיו עיכובים. באמצע נובמבר 1992 היחידה נפתחה.

פסיכיאטריה לילדים: בבית החולים הפסיכיאטרי אין מחלקה לילדים ואין פסיכיאטר לילדים, כפי שיש במקומות אחרים בארץ. בבית החולים סורוקה יש פסיכיאטר לילדים בחצי משרה, ולדברי מנהל המחלקה הפסיכיאטרית ומנהל החטיבה לילדים של בית החולים סורוקה, אין הוא מסוגל לטפל בכל הפונים הנזקקים, כי אם במקרים דחופים בלבד. הוא גם אינו מסוגל לבצע מעקבים או טיפול מונע. פסיכיאטר למבוגרים אינו רשאי להחליט על אשפוז ילדים, ולכן ייתכנו מקרים שבהם ילדים שהגיעו למיון הופנו לבתי החולים הפסיכיאטריים בנס ציונה, פתח תקווה ובת ים (שם יש פסיכיאטר תורן לילדים), כדי שיקבע אם יש צורך באשפוזם. בעניין זה כתב, בינואר 1992, מנהל החטיבה לילדים למנהל בית החולים ש"בימים האחרונים אנו לא מצליחים לקבל יעוץ וטיפול פסיכיאטרי למקרים דחופים בילדים...".

באזור הנגב אין מענה לצורך במחלקה לאשפוז נוער. לגבי צרכים אמבולטוריים - יש רק רופא אחד בחצי משרה.

יצוין, שביוני 1991 הודיע מנכ"ל המשרד "כי בתכנית משרד הבריאות לפתוח בקרוב מחלקה פסיכיאטרית לילדים במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע". עד לסיום הביקורת לא נפתחה מחלקה זו.

באוקטובר 1992 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי התחייב להקים שירות פסיכולוגי לילדים ונוער במסגרת בית החולים הפסיכיאטרי בבאר שבע, במטרה למנוע טלטולם של הנזקקים לשירות זה ובני משפחותיהם למרכזים אחרים במרכז הארץ ובצפונה, וכי באותו חודש סוכמו סופית השלבים השונים להקמת השירות והיקפו.

מרכזי שיקום

באזור הנגב אין מרכז שיקום. חולים מהנגב הזקוקים לשיקום מופנים לביה"ח הרצפלד בגדרה. בדצמבר 1989 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבדיקת נושא הרפואה השיקומית בארץ. בדצמבר 1990 הגישה הוועדה את סיכומיה למנכ"ל. במבוא לסיכום נאמר, שבגלל העלייה במספר נפגעי תאונות הדרכים, הארכת תוחלת החיים, ההתקדמות ביכולת הרפואה השיקומית והגידול באוכלוסייה, הולך וגדל הפער בין הצרכים של האוכלוסייה לשירותי שיקום לבין השירותים הקיימים. הוועדה התרכזה בתחום השיקום הרפואי של מבוגרים בלבד, ולא באוכלוסיות מיוחדות בעלות צרכים מיוחדים. הוועדה התייחסה למסגרות טיפוליות ולכוח אדם רפואי בלבד; לא הובא בחשבון הגידול הצפוי של האוכלוסייה בעקבות התגברות העלייה.

הוועדה הציעה לחלק את הארץ לאזורי-על לשיקום, ושכל אזור כזה יהיו מרכז או מחלקה לשיקום. הומלץ להתבסס בשלב זה, על אזורי השירות המרכזיים, בהתאם לארגון האזורי של שירותי האשפוז הכללי. בדוח תואר מבנה שירותי השיקום בארץ, ונקבע ש"חסרות בארץ שתי מחלקות על-אזוריות לשיקום רפואי אחת בצפון ואחת בדרום".



במצב הקיים של שירותי האשפוז באזור הנגב אין מענה הולם על צרכי האוכלוסייה לשירותי בריאות. בית החולים סורוקה, שהוא בית החולים הכללי היחיד באזור, מתקשה לספק את מלוא השירותים הרפואיים הדרושים לתושבי האזור.

יש צורך להוסיף מיטות לבית החולים, ובו בזמן לפתח את שירותי התשתית (חדרי הניתוח, חדרי התאוששות, מכונני הרנטגן, וכדומה), להוסיף מכשור ולהגדיל את תקן העובדים. קופת החולים טוענת שבשל המשבר הכספי שבו היא שרויה, אין ביכולתה לשאת במעמסת המימון.

המצב החמור העולה מהבדיקה דורש פתרון מיידי, על כן שומה על משרד הבריאות וקופת החולים להגיע לאלתר להסכמה בעניין מימון פעולות אלה, ולמצוא לכך את המשאבים הכספיים הנדרשים. יש למנוע דחייה ו"סחבת" נוספים בהתחלת הבינוי.

על משרד הבריאות לפעול להקלת המחסור החמור בשירותים הגריאטריים והשיקומיים, כולל סיעודיים, ולמצוא פתרונות מספקים בתחום שירותי בריאות הנפש.

ההצעה של משרד הבריאות לבנות בית חולים נוסף בנגב חייבת להיבדק בדקה עניינית וכלכלית, מתוך ראייה לאומית רחבה לטווח ארוך, ובחינת הצרכים הצפויים.

נסיעה לחו"ל לצרכים רפואיים

והזמנת רופאים מומחים מחו"ל

ריכוז ממצאים

במשרד הבריאות פועלת ועדה לאישור נסיעות לצרכים רפואיים. על הוועדה לקבוע, אם יש הכרח שהחולה יקבל טיפול רפואי בחו"ל. אישור הוועדה מקנה לחולה ולמלווה אותו זכויות והטבות.

הכלל היסודי המנחה את הוועדה בהחלטותיה, הוא אפשרות הביצוע של הניתוח או הטיפול בארץ, ואילו שיקולים כמו משך ההמתנה של החולה לניתוח בארץ, מכשור משובלל ושיטות טיפול מתקדמות יותר בחו"ל אינם בעלי משקל מכריע בקבלת ההחלטה.

מאז מינוי הוועדה, בנובמבר 1979, הלכו ופחתו במשך השנים הזכויות וההטבות שמקנה אישור הוועדה לחולה. כיום אין במתן האישור משום הטבות של ממש לחולה, ואישורי הוועדה חשובים בעיקר לצורך כיסוי ההוצאות במסגרת הביטוח הרפואי המשלים, שהנהיגו קופות החולים ב-1989, למימון הוצאות הכרוכות בניתוחים או בטיפולים בחו"ל, בעיקר השתלת איברים, טיפולים במחלת הסרטן וניתוח או טיפול מיוחד הדרוש להצלת חיי אדם. עם זאת אין באישור הוועדה כדי לחייב את הקופות להשתתף בהוצאות אלה.

פרט לבקשות לטיפולים בילדים חולי שיתוק מוחין (C.P.), אין הוועדה מטפלת בבקשות שאינן מוגדרות על ידי כטיפול רפואי, כמו בקשות לטיפול בקיטנות מרפא לחולי סיסטיק פיברוזיס (C.F.); לטיפול בילדים מפגרים בשיטות שאינן מופעלות בארץ; וטיפול בגמילה מסמים. טיפולים מסוג זה אינם נכללים במסגרת הביטוח המשלים, אך אישור הוועדה היה מקנה הטבות נוספות שמהן החולה הזקוק לטיפולים אלה אינו נהנה כיום.

אישור הבקשות בידי הוועדה לביצוע ניתוחים נוירוכירורגים בחו"ל נתקל בהתנגדות נמרצת מצד רופאים נוירוכירורגים. רופאים נוירוכירורגים מבית החולים הדסה עיכבו מתן חוות דעת לוועדה, לאחר שנודע להם כי הוועדה אישרה נסיעות לחולים בניגוד לחוות דעתם.

השתלת איברים תלויה בתרומות איברים; וקיים קושי להשיגם. לכן בקשות המופנות לוועדה לנסיעה לחו"ל להשתלת לב, ריאות, לב-ריאות וכבד, מאושרות מייד בידי הוועדה. בקשות להשתלות כליות, לעומת זאת, מועברות מהוועדה לחוות דעת נוספת, אף שיש קושי גם בהשגת תרומות כליות.

הזמנת רופאים מחו"ל לעסוק ברפואה בישראל בכל תחום רפואי מחייבת קבלת היתר משרד הבריאות, כמתחייב מפקודת הרופאים. בין ההיתרים שנתן המשרד היו גם לד"ר דולנץ - מנתח בעל מוניטין מיוגוסלביה, לביצוע ניתוחים נוירוכירורגיים בבתי חולים שונים בארץ. אף שמשרד הבריאות אישר את הזמנתו, עורר בואו התנגדות ותרעומת בקרב הנוירוכירורגים בארץ. דבר זה אף הביא את מנהלי המחלקות הנוירוכירורגיות בבתי החולים סורוקה ואיכילוב להימנע מהזמנתו לארץ.

מדיניות משרד הבריאות, במה שנוגע לתשלום למומחים הבאים לארץ לבצע ניתוחים, היא שאין לגבות מהחולה כל תשלום, ואת ההוצאה מכסה המבטח הרפואי. מדיניות זו אינה מעוגנת בהסדרים כתובים, ובמקרה של ד"ר דולנץ היא לא קוימה. הוא קיבל תשלום מהחולים עבור הניתוחים שביצע בארץ. כדי לעקוף את ההחלטה בדבר אי קבלת תשלום מהחולים עבור הניתוחים, גבה בית החולים סורוקה את התשלום מהחולים באמצעות אגודת הידידים של בית החולים.

באוקטובר 1987 מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז ועדה לחקירה ותכנון מצב הנוירוכירורגיה בארץ (ועדת בלר). מינוי הוועדה עורר התנגדות בקרב הנוירוכירורגים, והיא לא זכתה לשיתוף פעולה מצדם. עקב כך לא יכלה לגבש המלצות.



במשרד הבריאות פועלת ועדה לאישור נסיעות לחו"ל לצרכים רפואיים (להלן - הוועדה). על הוועדה לקבוע, אם יש הכרח שהחולה יקבל טיפול רפואי מחוץ לישראל. אישור הוועדה מקנה לחולה ולמלווה אותו זכויות והקלות, ובעיקר פטור מהיטלים שונים החלים על הנוסע לחו"ל - מס נסיעות, ומהיטל על שירותים מיובאים - שהיו בתוקף עד סוף 1992. אין באישור הוועדה מתן תמיכה או מימון הנסיעה על ידי משרד הבריאות.

הבקשות המופנות לוועדה הן בתחומים רפואיים שונים, ואלה העיקריים שבהם: השתלת איברים, ניתוחים נוירוכירורגיים, ניתוחי לב וכלי דם, טיפולים במערכת העצבים, ניתוחי עיניים וניתוחים אורטופדיים.

הזמנת רופאים מומחים מחו"ל לבתי חולים בארץ לביצוע ניתוחים, מתן טיפולים, הדרכת רופאים בשיטות ניתוחיות וטיפוליות חדשות וכן הזמנה להעסקתם כרופאים מומחים במחלקות השונות נעשות מטעם בתי החולים, בהתאם לשיקוליהם ולצרכיהם, ובאישור משרד הבריאות. על פי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, הזמנת רופא, שאינו בעל רישיון לישיבת קבע, לעסוק ברפואה בישראל לתקופה קצובה, טעונה אישור משרד הבריאות. המשרד מאשר הזמנת רופאים לביצוע ניתוחים או טיפולים, רק למחלקות המוכרות להתמחות בבתי חולים ציבוריים.

בחודשים מאי - יוני 1992 בדק משרד מבקר המדינה את דרך פעילותה של הוועדה לאישור נסיעות לחו"ל לצרכים רפואיים, ואת דרך הזמנתם של רופאים מומחים מחו"ל. הבדיקה נעשתה במשרד

הבריאות. בירורים נעשו עם מנהלי המחלקות הנורוכירורגיות בבתי החולים סורוקה ואיכילוב, ועם יושב ראש החברה הישראלית לנורוכירורגיה. להלן הממצאים העיקריים:

הוועדה לאישור נסיעות לחו"ל

לצרכים רפואיים

1. סעיף 44(ד) לפקודת מס ההכנסה לפני שתוקן קבע, כי יחיד תושב ישראל ששילם בשנת המס בעד נסיעה ושהייה (להלן - הוצאות) לשם קבלת טיפול רפואי מחוץ לישראל, שלו או של בן משפחתו, שבעדו הוא זכאי לנקודת זיכוי או לנקודת קצבה, וכן עבור הוצאות של מלווה או מלווה בן משפחתו, יראו את התשלומים כהוצאה לטיפול רפואי המזכה בניכוי ממס, ובלבד שהמנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיך לכך אישר, כי יש הכרח לקבל את הטיפול הרפואי מחוץ לישראל, או שבית החולים אישר, שהנוסע לקבל את הטיפול חולה במחלה המסכנת את חייו, ולגבי הוצאות מלווה - את הצורך בליווי.

הוועדה לאישור נסיעות לחו"ל לצרכים רפואיים מונתה בנובמבר 1979 בידי המנכ"ל דאז, והוא הסמיך אותה כוועדה מתמדת "שתבדוק ותאשר בקשות לנסיעות לחו"ל לצורך ריפוי, שהטיפול אינו יכול להינתן בארץ, והמצדיקות נסיעה לחו"ל על כל המשתמע מכך, כגון קבלת הנחה בכרטיס הנסיעה, וזכויות אחרות הנלוות לכך".

סעיף 44 לפקודת מס הכנסה תוקן ביום 1.7.90. בוטל הזיכוי במס לחולה, לבן משפחתו ולמלווה אותו, על הוצאות שהיו להם בגין הטיפול הרפואי בחו"ל.

2. הוועדה מורכבת משלושה חברים. ואלה היו חברי הוועדה בעת הביקורת: מנכ"ל משרד הבריאות - יושב ראש; מנהל המחלקה לקרדיולוגיה וטיפול נמרץ בבית החולים איכילוב; ורופא מהמחלקה ההמטולוגית בבית החולים הדסה עין כרם.

הוועדה אינה מקיימת, מאז מינויה, ישיבות לדיון בבקשות המופנות אליה. הבקשות, המתקבלות במשרד הבריאות, מועברות תחילה לחוות דעת לשני חברי הוועדה המועסקים כרופאים בבתי חולים. אלה מתייעצים עם רופאים מומחים בתחום שאליו מתייחסת הבקשה, בדרך כלל רופאים מבית החולים שבו הם מועסקים, ומעבירים את חוות דעתם בכתב ליושב ראש הוועדה.

הכלל היסודי המנחה את הוועדה בהחלטותיה הוא אפשרות הביצוע של הטיפול או הניתוח בארץ, ואילו משך ההמתנה של החולה לניתוח או לטיפול בארץ, וסיכויי הצלחה טובים יותר בחו"ל, לנוכח מכשור משוכלל ושיטות טיפול מתקדמות יותר בחו"ל, אינם שיקולים בעלי משקל מכריע בקבלת ההחלטה. במקרים מסוימים, שלדעת חברי הוועדה אין בהם ניסיון רפואי בארץ ורמת הביצוע לא תהא נאותה, מאשרת הוועדה נסיעה לטיפול רפואי בחו"ל.

נציבות תלונות הציבור שבמשרד מבקר המדינה טיפלה בעבר בכמה תלונות של חולים שבקשתם נדחתה בנימוק שניתן לעשות את הטיפול בארץ. בשנת 1987 קבע נציב תלונות הציבור בהחלטותיו, כי "יש מקום להכיר בנסיעה לטיפול בחו"ל של אדם החולה במחלה המסכנת את חייו לא רק כשהטיפול הדרוש לו אינו נעשה בארץ כלל, אלא גם כשהטיפול אמנם נעשה כאן, אך בממדים מצומצמים מאוד ובשיעור הצלחה נמוך. הוא הדין כאשר הצליחו בארץ להציל חיי חולה, אך תוך פגיעה חמורה באיכות חייו, ואילו במרכזים ידועים בעולם ניתן היה למנוע או לצמצם מאוד פגיעה זאת. על הוועדה להביא בחשבון גם את גורם הזמן, דהיינו משך ההמתנה לטיפול בארץ".¹

¹ ראה דוח שנתי 16 של נציב תלונות הציבור, עמ' 48.

3. על הפונה לוועדה למלא טופס "בקשה לאישור נסיעה לחו"ל לטיפול רפואי". יש לצרף לבקשה סיכום מחלה, מכתב מהרופא הממליץ, הזמנה מהמרכז הרפואי בחו"ל וכן צילומי C.T. ו-M.R.I. התשובה לפונה ניתנת בדרך כלל בתוך שבועיים ימים.

אין באישור הוועדה מתן תמיכה או מימון הנסיעה על ידי משרד הבריאות. אישור הוועדה שהנסיעה הכרחית לצרכים רפואיים מקנה לחולה ולמלווה אותו את הזכויות האלה:

(א) כיסוי ההיטלים החלים על הנסיעה לחו"ל (שהיו בתוקף עד 31.12.92):

- (1) מס נסיעות לחולה ולמלווה - אם החולה קטין ההיטל יכולה לחולה ולשני מלווים. כן יכולה ההיטל לרופא אם הוא חייב להתלוות לחולה, זאת לאחר הצגת אישור מבית החולים בארץ, המאשר את נחיצות נסיעתו. בנוסף מכוסה ההיטל לנוסעים לבקר את החולה עד ארבע פעמים בשנה אם הם בקרבה ראשונה (בני זוג, אחים, הורים וילדים).
- (2) ההיטל החל על רכישת מטבע חוץ (להלן - מט"ח) בסכום מוגבל - לפי תעריף של 30 דולר ליום לחולה ולמלווה (או לשני מלווים אם החולה קטין). שיעור ההיטל על שירותים מיובאים בעת עריכת הביקורת היה 4% ממחיר השירות. העברת מט"ח לצורך תשלום עבור טיפול בבית חולים בחו"ל אינה חייבת בהיטל, אם התשלום מבוצע ישירות מבנק בישראל לחשבון בית החולים בחו"ל.

(ב) קבלת מט"ח מעל לסכום המוקצב לנוסעים לחו"ל: בהתחשב באופי המיוחד של רכישת שירותים רפואיים, הוציא בנק ישראל הוראות מיוחדות בדבר היתר לסוגי נסיעות רפואיות לחו"ל, המתיר לתושב ישראל להעביר לחו"ל מט"ח לצורך רכישת שירותים אלה.

בהתאם להוראות בנק ישראל, ניתן ההיתר להעברת מט"ח לחו"ל לצורך רכישת שירותים רפואיים, לאחר שהחולה הגיש לסוחר המוסמך אישור רפואי שהוא זקוק לטיפול רפואי בחו"ל, וכן הצהרה שהוא נוסע להתאשפז בחו"ל בציון פרטים על בית החולים, שמות המלווים אותו ומשך השהייה המוערך שלו ושל המלווים אותו. לעניין זה אין הכרח באישור מטעם הוועדה.

(ג) הנחה בהוצאות הנסיעה בחברת אל-על: את שיעור ההנחה בהוצאות הנסיעה קובעת חברת אל-על. חולה שנסיעתו אושרה בוועדה פונה בבקשה להנחה לאל-על, לוועדה מיוחדת למתן הנחות לחולים היוצאים לטיפול רפואי בחו"ל.

משנת 1989, עם החלת ביטוח טיפול רפואי בחו"ל על מבוטחי קופות החולים בארץ, ההנחה בהוצאות הנסיעה ניתנת לחולה ולמלווהו רק לאחר שמיצו את זכויותיהם בביטוח המשלים של קופות החולים.

(ד) השתתפות קופות החולים בחלק מההוצאות הכרוכות בטיפול רפואי בחו"ל: השתתפות הקופות היא בהתאם לתקנותיהם והסדריהם במסגרת הביטוח המשלים.

החל בשנת 1989 הנהיגו קופות החולים השונות ביטוח רפואי משלים, במטרה לכסות את ההוצאות שייגרמו למבוטחים בגין ביצוע ניתוחים או טיפולים בחו"ל, ובהם: השתלת איברים, טיפול במחלת הסרטן ובכלל זה טיפול כירורגי או כימותרפי מורחב או כל טיפול אחר במחלה, וכן ניתוח או טיפול רפואי מיוחדים הדרושים להצלת חיי אדם. בהתאם לתקנות ולהסדרים של קופות החולים, אחד התנאים המוקדמים להפעלת הביטוח לתשלום ההוצאות הוא אישור של הוועדה הרפואית, שהיא הוועדה של משרד הבריאות המופקדת על מתן אישורים לביצוע טיפולים בחו"ל, או כל ועדה ממלכתית אחרת שתמונה בעתיד לתפקיד זה. עם זאת, אין באישור הוועדה כדי לחייב את קופות החולים להשתתף בהוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי שקיבל או יקבל המבוטח בחו"ל. אכן היו מקרים שהוועדה אישרה את הנסיעה כהכרחית לצרכים רפואיים, אך קופות החולים לא הסכימו להשתתף בהוצאות שנגרמו למבוטח.

בתשובה למשרד מבקר המדינה הודיע משרד הבריאות, כי קופות החולים וחברות הביטוח המשלים לא ביקשו ולא קיבלו את אישור המשרד לתנאי זה שהם מציבים - אישור מוקדם של הוועדה.

4. מאז מינוי הוועדה הלכו ופחתו ההטבות והזכויות שמקנה אישור הוועדה לחולה הנוסע לחו"ל לטיפול רפואי: בוטל הזיכוי במס הכנסה בעד הוצאות רפואיות מיוחדות; שיעור ההיטלים השונים על רכישת שירותים מיובאים הלך וירד; ועם הפעלת ביטוח משלים על ידי הקופות, שונו הקריטריונים למתן הנחות בכרטיסי טיסה, ולהענקת השתתפות הקופות במימון ההוצאות לחולה ולמלווה; החל מינואר 1993, בוטלו הן מס הנסיעות, והן ההיטל החל על שירותים מיובאים. יוצא אפוא שכיום אין אישור הוועדה מקנה הטבות של ממש לחולה, ואישורי הוועדה חשובים בעיקר לצורך קבלת כיסוי ההוצאות מקופות החולים במסגרת הביטוח המשלים. במצב שנוצר על משרד הבריאות לשיקול אם יש מקום להמשך קיומה של הוועדה.

5. הבקשות המופנות לוועדה נוגעות לטיפולים רפואיים מסוגים שונים: השתלות איברים ומוח עצמות, ניתוחים נוירוכירורגיים, ניתוחי לב וכלי דם, ניתוחים אורטופדיים, טיפולים במערכת העצבים, ניתוחי עיניים, טיפולי פוריות, טיפולים בחולי שיתוק מוחי וטיפולים אחרים. הוועדה מטפלת גם בבקשות לטיפולים חוזרים, וכן להמשך טיפול ומעקב אחר השתלות.

אין הוועדה מטפלת בבקשות שאינן מוגדרות כטיפול רפואי, כגון: בקשות לטיפול בקייטנות מרפא לחולי סיסטיק פיברוזיס או לחולים אחרים; לטיפול גמילה מסמים; ולטיפול בילדים מפגרים בשיטות שאינן מופעלות בארץ. טיפולים אלה אינם נכללים במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים, אך כל עוד הוועדה פועלת ישנן הטבות אחרות שמקנה אישור הוועדה. לכן לדעת מבקר המדינה, מן הראוי שגם טיפולים מסוג זה יטופלו בידי הוועדה, כך שחולים הזקוקים לטיפולים אלה יוכלו גם הם להנות מההטבות.

בטבלה להלן נתונים על מספר הבקשות שהוגשו לוועדה, ומספר הבקשות שאישרה בשנים 1985 - 1992. הנתונים רוכזו בידי משרד הבריאות.²

1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	
560	459	477	453	454	300	203	246	בקשות שהוגשו
465	355	351	371	351	228	124	114	בקשות שאושרו

העלייה במספר הבקשות בשנים האחרונות סיבתה, במידת מה, בהנהגת הביטוח המשלים בידי קופות החולים. העלייה בשנת 1992 סיבתה גם בגידול הניכר במספר הבקשות לניתוחים נוירוכירורגיים - 149 לעומת 61 ב-1991.

משרד מבקר המדינה בדק את הבקשות שהוגשו לאישור הוועדה בשנים 1989 - 1992 (עד יולי), ואלה עיקר הממצאים:

ניתוחים נוירוכירורגיים

על פי נתוני משרד הבריאות, אישרה הוועדה בשנת 1989 20 בקשות לצורך נסיעה לביצוע ניתוחים נוירוכירורגיים בחו"ל, וב-1990 23 בקשות; בשנים אלו אין נתונים מפורטים לגבי מספר הבקשות שהוגשו לאישור הוועדה בתחום זה. ב-1991 אושרו 37 בקשות ונדחו 24, וב-1992 אושרו 111 ונדחו 38 בקשות. 32 מהבקשות שאושרו היו לניתוחים שבוצעו בארץ בידי ד"ר דולנץ - המנתח מיוגוסלביה (ראה בנושא הזמנת נוירוכירורג לניתוח חולים בארץ).

² הנתונים כוללים גם בקשות להמשך טיפול ומעקב, ולטיפולים חוזרים.

בשנתיים האחרונות חלה עלייה ניכרת במספר הבקשות המופנות לוועדה לביצוע ניתוחים נוירוכירורגיים בחו"ל, בעיקר לכריתת גידולים בגזע המוח, בעצבי השמיעה והראייה. העלייה נובעת מהתפתחותן של שיטות חדשות ושימוש במכשור חדיש בעולם, המאפשרים ביצוע ניתוחים ברמת סיכון נמוכה מבעבר, ובסיכויי הצלחה גדולים יותר.

אישור הבקשות לביצוע הניתוחים בחו"ל נתקל בהתנגדות נמרצת מצד הנוירוכירורגים בארץ. הם טענו, כי את מרבית הניתוחים ניתן לנתח בארץ ברמת הצלחה לא פחותה מזו שבחו"ל, וכי נסיעת חולים לביצוע ניתוחים בחו"ל תפגע באיכותה ובהתפתחותה של הרפואה הנוירוכירורגית בארץ. התברר, כי רופאים נוירוכירורגים מבית החולים הדסה, שאליהם מעביר חבר הוועדה המועסק באותו בית חולים את הבקשות להתייעצות, עיכבו את חוות דעתם לבקשות שהופנו אליהם במשך שלושה שבועות ויותר, מפני שנודע להם כי מקצת הפונים לוועדה מקבלים את אישורה, אף שבחוות הדעת שהם נתנו לא המליצו על הנסיעה. עקב כך נגרם עיכוב במתן התשובה לפונים, הזקוקים לעתים לניתוחים בדחיפות. קרה גם שבעת העיכוב אבדו מסמכים וצילומים. בעקבות זאת החליטה הוועדה, שאם יעכבו הרופאים, כאמור, את חוות הדעת ייעשה הייעוץ עם רופאים נוירולוגים, ולא דווקא נוירוכירורגים.

לנוכח הפניות הרבות לוועדה הציע אחד מחבריה, וכן מנהל המחלקה הנוירוכירורגית בבית החולים איכילוב, שאליו מופנות הבקשות לחוות דעת, להקים ועדה מקצועית מטעם משרד הבריאות לטיפול בפניות אלו. הבקשות יוגשו לוועדה זו, ולא רק לחוות דעת של נוירוכירורגים, ובכך יימנע ניגוד אינטרסים מקצועי. הוצע, שהוועדה המקצועית תכלול מלבד נוירוכירורגים גם נוירולוגים ומומחים בתחומים אחרים הנוגעים לנושא, והיא זו שתקבע את הקריטריונים לביצוע טיפולים בחו"ל.

לדברי משרד הבריאות הצעה זו לא התקבלה באשר משמעותה הקמת ועדה מיוחדת לכל תחום רפואה שיש בו בקשות רבות. לדעת מבקר המדינה, יש לשקול הקמת ועדה מקצועית כדוגמת זו שדנה בנושא ניתוחים לילדים עם מומי לב, כמובא להלן.

ניתוחי לב וכלי דם

מספר הבקשות שאושרו לביצוע ניתוחי לב וכלי דם בחו"ל, כולל ניתוחים בילדים עם מומי לב, היה בשנת 1989 - 69; ב-1990 - 60 מבין 80 בקשות שהוגשו. ב-1991 אושרו 43 בקשות ונדחו 13; וב-1992 אושרו 33 בקשות ונדחו 15. בשנים האחרונות מסתמנת ירידה מסוימת במספר הבקשות המופנות לוועדה בתחום רפואי זה.

עקב תרעומת מצד מנתחי לב על שהוועדה מרבה לאשר ביצוע ניתוחים בחו"ל לילדים עם מומי לב, ולאחר שאחד ממנתחי הלב חדל מלייעץ לוועדה, הציעו מנתחי לב אחדים, ביוני 1990, לקיים דיון מקיף בנושא בהשתתפות קרדיולוגים פדיאטרים ומנתחי לב, ולגבש כללים מנחים בנושא.

בעקבות ההצעה הוקמה ועדה מקצועית, ובה מנתחי לב ומומחים לקרדיולוגיית ילדים מבתי החולים הדסה, שיבא ובילינסון, לבדוק את צרכי הניתוחים בחו"ל עבור ילדים עם מומי לב. בינואר 1991 הגישה הוועדה המקצועית את מסקנותיה לוועדה לאישור נסיעות לצרכים רפואיים.

על פי מסקנות הוועדה המקצועית, כל מומי הלב אצל ילדים וילודים בארץ ניתנים לטיפול בארץ, פרט להשתלות לב וטיפול במום מולד מסוים בצד שמאל של הלב, הגורם להפרעות קצב. ועדה זו החליטה, כי רק במקרים מיוחדים העלולים להיות בעייתיים במיוחד בפרט לאחר ניתוח קודם, אם לא תאשר הוועדה ניתוח בחו"ל, יוכל המבקש לפנות לאחת משתי הוועדות המקצועיות שיפעלו ליד הוועדה; אחת שתורכב מרופאים מנתחי לב מבית החולים בילינסון, והאחרת מבית החולים שיבא. חוות הדעת של הוועדה המקצועית תובא לפני הוועדה לאישור נסיעות לחו"ל, לאישורה.

בהחלטות הוועדה המקצועית לא נקבע מהם אותם המקרים המיוחדים שבהם מוצדק לבצע את הניתוח בחו"ל.

כיום, בקשה לניתוח של ילדים עם מומי לב בחו"ל מופנית ישירות לחוות דעת לאחת מהוועדות המקצועיות, ולפי המלצתה מתקבלת ההחלטה בוועדה לאשר את הבקשה או לדחותה.

השתלת איברים

בטבלה להלן נתונים על מספר הבקשות שאושרו לנסיעה לחו"ל לצורך השתלת איברים בשנים 1988 - 1992.

1992	1991	1990	1989	1988	סוג ההשתלה
28	15	18	26		לב
15	20	25	15	53	לב-ריאות
14	-	-	-	-	ריאות
32	42	53	33	32	כבד
19	30	22	36	10	כליה*

* בשנת 1990 מבין 28 בקשות שהוגשו לוועדה, ב-1991 מבין 40 בקשות, וב-1992 מבין 23 בקשות.

השתלת איברים תלויה בתרומת איברים, ובשל הקושי בהשגתם מועטים בארץ הניתוחים מסוג זה, והניסיון הנצבר בארץ הוא מועט ביותר. לכן בקשות המוגשות לוועדה לנסיעה לחו"ל להשתלת לב, ריאות, לב-ריאות וכבד, מאושרות מייד ואין צורך בחוות הדעת של חברי הוועדה. בהשתלות כליה, שבהן ניתן לקבל תרומה גם מאדם חי, היקף הביצוע והניסיון שנצבר בארץ הוא רב יותר, והבקשות המופנות לוועדה בנושא זה מועברות לחוות דעתו של מנהל המחלקה להשתלות איברים בבית החולים בילינסון.

הקריטריונים שעל פיהם נקבע כיום הצורך בנסיעת החולה לחו"ל להשתלת כליה הם: רמת נוגדנים מסוימת בדם, והסיכוי למצוא עבור החולה כליה מתאימה להשתלה בישראל בתוך זמן סביר.

מבדיקת הבקשות שהופנו לוועדה עולה, כי לא תמיד מובאים בחשבון שיקולים כמו: גורם הזמן - משך ההמתנה לניתוח, ואיכות חייו ותפקודו של החולה, המטופל בקביעות כמה פעמים בשבוע בדיאליזה.

התברר, כי חולה שאינו נמצא ברשימת הממתינים הארצית לסיווג רקמות שבבית החולים שיבא או שהוא נמצא בה תקופת זמן קצרה בלבד, ומצבו, לדעת היועץ לוועדה, אינו דחוף לפי הקריטריונים שנקבעו, אינו מקבל את אישור הוועדה. כן התברר, שרשימת הממתינים להשתלת כליה היא גדולה ביותר - ביוני 1992 כללה הרשימה כ-500 ממתינים.

לדעת מבקר המדינה גם בבקשה להשתלת כליה, יש להמליץ על מתן אישור של הוועדה לחולה הרוצה בכך, אם בית החולים בחו"ל מוכן לקבלו. כמו כן העובדה שחולה הזקוק להשתלה אינו נמצא ברשימת הממתינים בארץ או נמצא בה זמן קצר, אינה צריכה להשפיע על החלטת הוועדה לאשר לו את הנסיעה לחו"ל.

טיפולים אחרים

1. לוועדה מופנות גם בקשות לטיפולים בילדים חולי שיתוק מוחי (C.P); בילדים חולי סיסטיק פיברוזיס (C.F); בילדים מפגרים; בילדים אוטיסטים; ובגמילה מסמים.

מתברר, כאמור, כי אין הוועדה דנה בבקשות, לטיפול בקיטנות מרפא לחולי סיסטיק פיברוזיס ולאחרים; לטיפול בשיטות חדשניות ומיוחדות בילדים מפגרים; וכן לטיפול בשיטות לגמילה מסמים

שאינן מקובלות בארץ. לדברי משרד הבריאות, בקשות אלו אינן בתחום סמכותה של הוועדה ואינן קשורות, במובן המקצועי, בקבלת טיפול רפואי.

2. לנוכח הפניות הרבות שהתקבלו בוועדה בנושא הטיפול בילדים חולי שיתוק מוחי, בשיטת "החינוך המדריך" במכון "פטו" שבבודפשט - הונגריה, מינה ביולי 1988 מנכ"ל משרד הבריאות ועדת מומחים לבדוק את הנושא ולקבוע הנחיות לאישור נסיעות להונגריה לטיפול בשיטה זו. ועדת המומחים הורכבה מאנשי מקצוע בתחום השיקום, וכן נעזרה בחוות דעתם של רופאים מומחים בתחומים רפואיים אחרים.

שיטת "החינוך המדריך" פותחה כשיטה חינוכית לילדים שלקו בהפרעות בתנועה עקב פגיעה במערכת העצבים. "החינוך המדריך" היא שיטת טיפול חינוכית ביסודה ולא רפואית, הנעשית בידי מדריכים ללא הכשרה רפואית, במטרה להביא את הילד לעצמאות תפקודית יום יומית, על ידי תרגול אינטנסיבי.

בספטמבר 1988 הוגשו המלצות ועדת המומחים למנכ"ל המשרד, ובנובמבר נקבעו הנחיות בהתאם. לנוכח פניות שהתקבלו הן מהורים, והן מאנשי מקצוע לבדוק ולהעריך מחדש את ההנחיות שניתנו, שלטענתם לא ענו על הדרישות, התבקשה ועדת המומחים לשוב ולדון בנושא, וביולי 1990 נקבעו הנחיות חדשות.

על פי נתונים של משרד הבריאות אושרו בשנת 1989 - 17 בקשות לטיפול במכון "פטו"; ב-1990 - 13; ב-1991 - 8; וב-1992 - 7 בקשות.

3. שיטות טיפול שונות, שאינן מוגדרות כטיפול רפואי, קיימות במקומות שונים בעולם גם בילדים אוטיסטים, ילדים חולי C.F. ומחלות אחרות, אך הן לא נבחנו בידי ועדות מומחים, כפי שהדבר נעשה לגבי שיטת "החינוך המדריך" אף שאינה שיטת טיפול רפואית. לדעת מבקר המדינה, כל עוד הוועדה פועלת, יש לשקול בדיקה בידי ועדת מומחים גם של שיטות טיפול אחרות, שאינן מוגדרות כטיפול רפואי, או לחלופין לדון בוועדה גם בבקשות מסוג זה, כדי שהחולה הזקוק לטיפול בשיטות אלה יוכל להנות מההטבות שעדיין מקנה אישור הוועדה, מה גם שטיפולים אלה אינם נכללים במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים.

הזמנת רופאים מומחים מחו"ל

על פי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976 (להלן - הפקודה), מי שאין לו רישיון או היתר זמני על פי הפקודה, הניתן בידי המנהל הכללי של משרד הבריאות, לרבות משנהו, וכל נושא משרה במשרד הבריאות שהמנהל מינה אותו למלא תפקידים על פי הפקודה (להלן - המנהל), לא יהיה רשאי לעסוק ברפואה בישראל. כן קובעת הפקודה איסור להעסיק את מי שאינו רופא מורשה בפעולות שהן עיסוק ברפואה.

על פי הפקודה המנהל רשאי, לפי שיקול דעתו, לתת היתר מוגבל לעסוק ברפואה למי שאינו בעל רישיון לשיבת קבע, זאת בתנאי שהוא בעל השכלה רפואית מוכרת ושכית חולים הזמין אותו, באישור המנהל, לעבוד בו לתקופה קצובה. המנהל רשאי להגביל את תוקפו של היתר מוגבל לזמן, לענף רפואי או למקום, וכן רשאי הוא לקבוע תנאים והגבלות אחרים ככל שייראה לו.

בנוסף על האמור לעיל המנהל רשאי לפטור מהוראה של הפקודה, ובכלל זה מהצורך ברישיון או בהיתר לעסוק ברפואה בישראל, רופא ממדינת חוץ שבא לישראל, כדי לבצע ניתוח מסוים או לשם התייעצות רפואית מסוימת.

הזמנת רופא מומחה לעסוק ברפואה בישראל, בכל תחום רפואי, נעשית מטעם בתי החולים בהתאם לשיקוליהם ולצרכיהם, ובאישור משרד הבריאות. משרד הבריאות מעניק היתר זמני לעסוק

ברפואה בישראל לרופא מומחה המוזמן לישראל, רק למחלקות מוכרות להתמחות בבתי חולים ציבוריים.

מנתונים שהתקבלו ממשרד הבריאות עולה, כי בתקופה יולי 1989 - מאי 1992, נתן המשרד היתרים מוגבלים לעסוק ברפואה בישראל ל-31 רופאים מומחים מחו"ל בתחומים רפואיים שונים.

בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה נמצא, כי ההיתרים ניתנו לשם הדרכה בטכניקות ומכשור חדישים, לביצוע ניתוחים וטיפולים חדישים, להתייעצויות רפואיות, וכן להעסקת רופאים במחלקות השונות. לא נמצא, כי היתה בעיה מיוחדת במתן ההיתרים, והבקשות רובן ככולן אושרו.

הזמנת נוירוכירורג לניתוח חולים בארץ

למשרד הבריאות הופנו בקשות לניתוחים נוירוכירורגיים בבתי החולים בארץ בידי ד"ר ינקו דולנץ - מנתח בעל מוניטין מיוגוסלביה. כל הבקשות אושרו, ובתקופה אוגוסט 1990 - דצמבר 1992 הוא הוזמן לארץ שבע פעמים. הזמנת ד"ר דולנץ לביצוע ניתוחים בארץ עוררה תרעומת והתנגדות בקרב הנוירוכירורגים, כמובא להלן:

1. ד"ר דולנץ, התמחה במיוחד בניתוחים של גידולים שפירים בבסיס הגולגולת, ובעיקר באזור "הגת המחילתית" (הסינוס הקברנוזי) - אזור הקשור לעצבי הראייה וגלגל העין, וכן בגידולים בעצבי השמע שבהם השמיעה עדיין יעילה. לדעת מומחים, ד"ר דולנץ מנתח ברמת מיומנות רבה, ובשיטות עבודה חדשניות ומיוחדות, המקטינות את רמת הסיכון שבניתוח ומגדילות את סיכויי ההצלחה.

ד"ר דולנץ בא לארץ לראשונה באוגוסט 1990 בהזמנת מנהל המחלקה הנוירוכירורגית שבבית החולים שיבא, כדי לנתח את אחד מחולי המחלקה שלקה בגידול בגת המחילתית. מאותו מועד הוא הוזמן לארץ עוד ארבע פעמים מטעם בית החולים סורוקה - לאחרונה במאוס 1992, וניתח 29 חולים בבסיס הגולגולת, בעיקר בעצבי הראייה והשמע. לבית החולים איכילוב הוזמן ד"ר דולנץ פעמיים - לאחרונה בדצמבר 1992, וניתח 27 חולים.

2. הזמנתו של ד"ר דולנץ לבית החולים סורוקה עוררה תרעומת רבה בקרב הנוירוכירורגים בארץ. בישיבה מיום 11.6.91 של החברה הישראלית לנוירוכירורגיה (להלן - החברה), איגוד הנוירוכירורגים בארץ במסגרת ההסתדרות הרפואית, דרשו מנהלי מחלקות ורופאים בכירים ממנהל המחלקה הנוירוכירורגית של בית החולים סורוקה (להלן - מנהל המחלקה) להפסיק את ההזמנות החוזרות ונשנות של ד"ר דולנץ, היוצרות רושם בציבור שאין הנוירוכירורגיה בארץ יכולה להתמודד עם בעיות נוירוכירורגיות שגרתיות כמו גידולים שפירים וממאירים. הם טענו שאת החולים שניתח ד"ר דולנץ היה אפשר לנתח בארץ.

מנהל המחלקה הסביר בישיבה, כי ד"ר דולנץ הוא אחד מטובי הנוירוכירורגים בעולם בתחומו, ויש לאפשר לחולה להינתח בידי מי שנחשב לטוב ביותר בעולם, וכי הוזמן באישור משרד הבריאות ומרכז קופת חולים.

בבדיקת פרוטוקול הישיבה נמצא, כי הועלו טענות שונות כלפי מנהל המחלקה על מניעיו להזמין את ד"ר דולנץ, ובהן רצונו להעלות את בית החולים "על המפה", לחצים מצד רבנים מסוימים וסיבות כספיות.

מפרוטוקול הישיבה עולה, כי הוחלט שלא לנקוט אמצעים כלשהם נגד מנהל המחלקה. עם זאת מתברר, כי בעקבות הטענות שהועלו בישיבה, החליט מנהל המחלקה, שלא להיענות להזמנתו של מנכ"ל משרד הבריאות (להלן - המנכ"ל) לדיון, שנועד ל-5.8.91, עם נציגי החברה בנושא הבאתו של ד"ר דולנץ. מנהל המחלקה הסביר למנכ"ל שחברי הישיבה עוינים אותו והודיע, כי הוא "מקבל את מה שהכתיבה לו החברה, וכל החלטה שתתקבל בדיון", וכי הוא "מתחייב שלא להביא את ד"ר דולנץ לארץ, אלא אם המנכ"ל יורה לו על

כך במפורש". משרד הבריאות אישר לבית החולים ביקור נוסף של ד"ר דולנץ, ובסוף יולי 1991 הוא הגיע לארץ.

מנהל המחלקה הסביר למשרד מבקר המדינה, כי הטענות שהעלו נגדו הנוירוכירורגים, והתגובות העוינות בפורומים השונים כנגד הבאתו של ד"ר דולנץ לארץ, יצרו עליו לחץ להודיע על הפסקת ניתוחיו של ד"ר דולנץ במחלקה.

בדיון מיום 5.8.91 עם נציגי החברה, כאמור, אמר המנכ"ל את הדברים האלה: בעקבות פניות אנשי ציבור אליו בעניין ד"ר דולנץ, זימן את הרופאים כדי למצוא פתרון ולמנוע פגיעה בחולים; וכיוון שמצב המלחמה ביוגוסלביה אינו מאפשר לחולים לנסוע לשם, ראה צורך להתערב בנושא, ולמצוא פתרון לביצוע הניתוחים בבית החולים סורוקה.

הנוירוכירורגים טענו בדיון, כי חוסר האמון של הציבור בנוירוכירורגיה בארץ גורם נהירה של חולים לניתוחים ולטיפולים בחו"ל, ובעיקר לטיפול בידי ד"ר דולנץ, וכי לדעתם "המקצוע בסכנה". מרבית הניתוחים שעושה ד"ר דולנץ, טענו, יכולים להיעשות בידי רופאים בארץ. כן טענו הנוירוכירורגים שד"ר דולנץ מקבל תשלום בעד הניתוחים, ונוצר מצב של ניתוחי שר"פ (שירות רפואי פרטי) בקופת חולים, ומיסוד של רפואה פרטית בארץ למומחים מחו"ל, ולזה הם מתנגדים בתוקף.

בעקבות הדיון סוכם, כי מאחר שאין כל סיבה מקצועית שלא לאשר לד"ר דולנץ לנתח בישראל, יותנה האישור באי קבלת תשלום מהחולים, וייעשו רק הניתוחים שאושרו בוועדה. עוד סוכם, כי הזמנתו תהיה גם לבתי חולים אחרים מלבד סורוקה.

3. בתחילת דצמבר 1991 פנה מנהל המחלקה הנוירוכירורגית בבית החולים איכילוב למנכ"ל, לאפשר נסיעה לחו"ל לחולה, שהופנה אליו מבית החולים סורוקה, והזקוק לטיפול כירורגי מיוחד, או לחלופין לאפשר את הזמנתו של ד"ר דולנץ לארץ לבצע את הניתוח. בקשתו של החולה אושרה בוועדה, והמנכ"ל אף המליץ לאשר לד"ר דולנץ היתר מוגבל לעסוק ברפואה במסגרת המחלקה הנוירוכירורגית של בית החולים; בעקבות אישור זה פנו ארבעה חולים נוספים לוועדה, כדי שתאשר גם להם להינתח בידי ד"ר דולנץ בבית החולים איכילוב. בקשותיהם אושרו.

בישיבה של החברה, שהתקיימה ב-10.12.91, הודיע מנהל המחלקה בבית החולים איכילוב, כי היתה אליו פנייה להזמין את ד"ר דולנץ לנתח כמה חולים שלא ניתן לנתחם בארץ, וביקש את חוות דעתם של חבריה, אם להזמין את ד"ר דולנץ לארץ כדי שיהיה אפשר גם ללמוד ממנו, או לשלוח את החולים לחו"ל. מנהל המחלקה בבית החולים איכילוב הודיע, כי "אני אעשה מה שיגידו לי".

בעקבות הישיבה של החברה, הודיע מנהל המחלקה בבית החולים איכילוב למנכ"ל, כי החליט לוותר על הזמנתו של ד"ר דולנץ לארץ. לדבריו, "לאור העבר והטעם הרע שנשאר לרופאים הנוירוכירורגים בארץ, הביעו בישיבה רוב חברי החברה מורת רוח מעיתוי הזמנתו של ד"ר דולנץ עתה, לפיכך החלטתי לוותר על הזמנתו".

בתגובה לכך הודיע המנכ"ל, כי הוא רואה בהחלטה זו משום העדפה של שיקולי יוקרה של החברה על טובת החולים, וכי אין להשלים עמה. מה עוד שמדובר בשליחת חולים למדינה במצב מלחמה, ולאחר שכבר אושרה בקשתם של החולים לניתוח. המנכ"ל הינחה את מנהל בית החולים איכילוב לפעול בהתאם לחוק וכמתחייב במקרה זה.

מנהל בית החולים פנה למנהל המחלקה והבהיר לו, כי העמדה של החברה היא בלתי סבירה לחלוטין. הימנעות מהזמנתו של ד"ר דולנץ לארץ, פירושה למנוע מהחולים את הטיפול שהומלץ בידי הנוירוכירורגים בארץ. לפיכך הורה למנהל המחלקה לפעול בלא דיחוי להזמנתו לארץ של ד"ר דולנץ. בתחילת יולי 1992 הגיע ד"ר דולנץ לבית החולים איכילוב וניתח חולים שאושרו בוועדה.

4. בעקבות פרסומים בעיתונות על התנגדותם של הנוירוכירורגים להבאת ד"ר דולנץ לארץ ועל לחץ מצדם למנוע את הזמנתו, נערך דיון בנושא ב-8.1.92 בהשתתפות שר הבריאות, המנכ"ל

ונציגי החברה. בדיון סוכם, שכל חולה שהוועדה אישרה לו טיפול בחו"ל או בארץ על ידי הבאת מומחה מחו"ל, תינתן לו גם האפשרות להינתח בידי מומחה שיובא לארץ. הזמנת המומחה תיעשה באמצעות מנהל המחלקה באותו בית חולים. כמו כן סוכם, כי אם יתברר שהיתה חריגה מאישורי הוועדה ונעשו ניתוחים שלא באישורה יינקטו צעדים מתאימים.

יושב ראש החברה הביע את הסכמתו למדיניות משרד הבריאות כפי שסוכמה בדיון זה, ובהתאם להנחיות שסוכמו בדיון מ-5.8.91. מנכ"ל משרד הבריאות הבהיר, כי הזמנת מומחים תיעשה בהתאם לפקודת הרופאים, ואין בכוונת המשרד לחרוג מהוראות החוק לא לגבי ד"ר דולנץ, ולא לגבי מומחים אחרים בתחום הנורוכירורגיה או בכל תחום אחר.

לאחר מועד הדיון הוזמן, כאמור, ד"ר דולנץ במאס 1992 לבית החולים סורוקה וניתח 5 חולים. כן הוזמן לבית החולים איכילוב ביולי, וניתח 12 חולים, ולאחרונה בדצמבר וניתח 15 חולים. הניתוחים אושרו בידי הוועדה.

5. מנהל המחלקה הנורוכירורגית בבית החולים איכילוב, ויושב ראש החברה הסבירו למשרד מבקר המדינה, כי ההתנגדות בקרב הנורוכירורגים להזמנתו של ד"ר דולנץ, היתה בעיקר משום שניתח גם ניתוחים הנעשים בארץ באופן שיגרתי, ולא רק אלה שבתחום מומחיותו. וזאת, לדבריהם, בניגוד לסעיף 59(א)(3) לפקודת הרופאים, המאפשר הבאת רופא מחו"ל רק לניתוח מסוים או להתייעצות רפואית מסוימת, כאשר לא ניתן לבצע בארץ את הניתוח במומחיות סבירה, או לצורך הוראת שיטותיו לרופאים בארץ. לחברה אין שום סמכות חוקית למנוע מרופא מומחה לבוא אם הוזמן מטעם בית חולים, באישור משרד הבריאות, ולכן לא היא מנעה את בואו.

מנהל המחלקה הנורוכירורגית בבית החולים סורוקה הסביר למשרד מבקר המדינה, כי רוב הניתוחים שעשה ד"ר דולנץ אכן היו בתחום מומחיותו. ניתוחים אחרים שעשה ד"ר דולנץ היה אפשר לבצע בארץ, אך הנורוכירורגים בארץ הגדירו אותם "כבלתי ניתנים לניתוח", או ניתוחים שעשו בכירי הנורוכירורגים בארץ והשיגו כריתה חלקית בלבד של הגידולים, ואילו ד"ר דולנץ ביצע כריתה מלאה ותוצאות ניתוחיות טובות.

6. מנתונים שמסרה החברה הישראלית לנורוכירורגיה למשרד מבקר המדינה עולה, כי מספר הניתוחים הנורוכירורגים הנעשים בארץ עומד על כ-2,500 מדי שנה, מהם: כ-240 ניתוחים של גידולי מוח ממאירים; כ-650 ניתוחים של גידולי מוח שפירים; וכ-1,600 ניתוחים במחלות לא גידוליות, חבלות ראש וכיוצא בזה.

מספר הבקשות שאישרה הוועדה לנסיעת חולים לטיפולים וניתוחים נורוכירורגיים שונים בחו"ל או לביצועם בארץ בידי מומחים מחו"ל, משנת 1990 ועד 1992, עמד על כ-170 בקשות; כמה מהבקשות שאושרו היו לחולים שנותחו בארץ ניתוח או ניתוחים אחדים בהצלחה חלקית. מכאן, למרות הגידול הניכר בשנים האחרונות במספר הבקשות לניתוחים נורוכירורגים בחו"ל, עדיין קטן שיעורן מכלל הניתוחים הנעשים מדי שנה בארץ בתחום הנורוכירורגיה.

תשלום בעד טיפולים

1. ד"ר דולנץ הועסק בבתי החולים בארץ בהתאם לסעיף 59(א)(3) לפקודת הרופאים, לפיו, כאמור, ניתן לפטור מרישיון עבודה בישראל רופא ממדינת חוץ, שבא לישראל כדי לנתח ניתוח מסוים או להתייעצות רפואית מסוימת.

ד"ר דולנץ קיבל תשלום מהחולים עבור הניתוחים שניתח בארץ. עבור הניתוח הראשון, שניתח ד"ר דולנץ בבית החולים שיבא, הוא קיבל תשלום מהחולה. התשלום נעשה שלא באמצעות בית החולים, ושלא על דעת בית החולים. כמו כן נגבה תשלום מהחולים, עבור הניתוחים שניתח ד"ר דולנץ בבית החולים סורוקה. התשלום נעשה באמצעות אגודת הידידים של בית החולים. לדברי מנהל בית החולים אין החולה משלם ישירות לבית החולים כתמורה עבור הניתוח, אלא הדבר נעשה כתרומה

לאגודת הידידים של בית החולים. האגודה היא זו הקובעת את הסכום שעל החולה לשלם, והתשלום מועבר לפני ביצוע הניתוח. לדבריו, נעשה הדבר בהסכמת משרד הבריאות, כדי לעקוף את ההחלטה שהתקבלה באוגוסט 1991, בדבר אי קבלת תשלום מהחולים.

לדברי מנכ"ל משרד הבריאות, מדיניות משרדו במקרים מעין אלה היא, שאין לגבות מהחולה כל תשלום, ובהוצאות חייב לשאת המבטח הרפואי או כל גורם אחר, ולא החולה עצמו.

עולה, כי בפעמים הראשונות שהוזמן ד"ר דולנץ לארץ, לא ידע משרד הבריאות שהוא מקבל תשלום מהחולים עבור הניתוחים. כמו כן הועלה, כי במה שנוגע לתשלום למומחים הבאים לארץ לבצע ניתוחים, מדיניות המשרד אינה מעוגנת בהסדרים כתובים, ובמקרה של ד"ר דולנץ היא לא קוימה, ובייחוד בבית החולים סורוקה. לדעת מבקר המדינה, יש לעגן בכללים ברורים את נושא התשלום לרופאים מומחים, כפי שהדבר נעשה כיום בשר"פ, וכמו כן לקבוע כללים ברורים לגבי מקרים, שבהם אפשר לגבות תשלום מהחולה, אם ייקבע שאפשר.

2. כיום, כאמור, היתר מוגבל לרופא מומחה לעסוק ברפואה, ניתן רק לרופא המוזמן לבית חולים ציבורי ולמחלקה מוכרת להתמחות. בתי חולים פרטיים אינם רשאים לקבל היתר להעסקת רופא מומחה מחו"ל, ואכן בקשה שהועברה למשרד הבריאות, בינואר 1992, מבית החולים אסותא לאשר את הזמנתו של ד"ר דולנץ לביצוע ניתוחים בבית החולים, לא אושרה.

לדברי מנכ"ל משרד הבריאות, מאחר שמדובר ברופאים שאינם מורשים לעסוק ברפואה בישראל, מחויבים רופאים אלו לעבוד בפקוח רופא מורשה, ובמחלקה שבה צוות רפואי מיומן לאותו מקצוע, זאת גם כדי לאפשר המשך מעקב וטיפול בחולה של אותה מחלקה. כמו כן רק במחלקה מוכרת להתמחות, הפועלת בבית חולים ציבורי, ניתן להבטיח שעבודתו של רופא מומחה תנוצל גם להדרכת הרופאים, כדי להכשירם לבצע את הטיפול או הניתוח. השיקולים שעמדו לעיני המשרד כאשר נקבעו הנחיות אלו היו טובת החולה, ולא נושאי התשלום לרופא או שירות רפואי פרטי. לכן בתי חולים פרטיים אינם מקבלים היתר להעסקת רופא מומחה מחו"ל.

לדעת מבקר המדינה, עם התפתחות הרפואה הפרטית בארץ, יש לשקול להתיר הזמנתם של רופאים מומחים מחו"ל גם לבתי חולים פרטיים או במסגרת שר"פ, לביצוע ניתוחים בתשלום, כפי שנעשה כיום בידי מומחים ישראלים, זאת בתנאים ובמגבלות שיקבע המשרד, ובמקרים שהוועדה אישרה את נחיצות הטיפול בחו"ל.

ועדה לחקירה ותכנון מצב הנוירוכירורגיה בארץ

1. עקב הגידול הניכר בבקשות לביצוע ניתוחים נוירוכירורגיים בחו"ל, או לחלופין לביצועם בארץ בידי מומחים מחו"ל, הוצע בסוף 1991, להקים ועדה מקצועית מטעם משרד הבריאות שתבדוק את נושא הנוירוכירורגיה בארץ מבחינת היקף השירות, איכותו, רמת הטיפול, והיכולת או הצורך לבצע את הניתוחים בארץ או בחו"ל. זאת, בין השאר, על ידי בדיקת תוצאות הניתוחים הנוירוכירורגיים בארץ בהשוואה לסטנדרטים בין-לאומיים מקובלים.

עוד באוקטובר 1987 מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז ועדה לחקירה ותכנון מצב הנוירוכירורגיה בארץ (ועדת בלר). הוועדה הורכבה מנוירוכירורגים ונוירולוגים. תפקידה העיקרי של הוועדה היה לברר את המצב מבחינת היקף השירות, איכותו, החינוך והמחקר הקיים. כמו כן היה תפקידה לקבוע אם לבצע ניתוחים של בלוטת יתרת המוח (היפופיזה) בארץ או בחו"ל, והאם ההצלחה בסוג זה של ניתוחים בארץ שונה באופן ניכר משיעורי ההצלחה בחו"ל. על סמך מסקנות הוועדה תיקבע מדיניות המשרד לשליחת חולים לחו"ל לניתוחי היפופיזה.

מינוי ועדת בלר עורר התנגדות בקרב מנהלי מחלקות נוירוכירורגיות, אשר ראו בהקמתה חדירה לתחום הסמכות של מנהל המחלקה. הם טענו, כי "הרכב הוועדה לדעתם מגמתי לחלוטין, כי הרכבה

להוציא חבר אחד או שניים איננו מוסמך או בקי בנושאים שבהם מטפלות המחלקות הנורוכירורגיות.

הוועדה העבירה שאלון למנהלי המחלקות, אך לא זכתה לשיתוף פעולה מצדם, ובסופו של דבר התקבלה רק תשובה מלאה מבית החולים הדסה, ותשובה חלקית - לגבי היפופיזה בלבד - מבית החולים איכילוב.

באוגוסט 1988 הגישה הוועדה את המלצותיה, אך אלו התייחסו לניתוחי היפופיזה מיוחדים בלבד. הוועדה המליצה על ריכוז הניתוחים בשתי מחלקות, זאת כדי לרכוש את הניסיון הדרוש, ועל ידי כך לשפר את התוצאות הרצויות בניתוחים אלה. ההמלצות התקבלו, והניתוחים רוכזו במחלקות הנורוכירורגיות שבבתי החולים הדסה ואיכילוב. כיום, לאחר רכישת הניסיון בסוג זה של ניתוחים, נעשים ניתוחי היפופיזה בכמה בתי חולים בארץ.

באשר לתפקידה העיקרי של ועדת בלר - חקירה ותכנון מצב הנורוכירורגיה בארץ - הודיעו חברי הוועדה למנכ"ל, כי לא קיבלו את הנתונים הדרושים, הן ממנהלי המחלקות והן ממנהלי בתי החולים, כדי שיהיה אפשר לדון בנושא ולתכנן את הנורוכירורגיה בארץ. לדבריהם, הדבר דרוש ביותר לשם שיפור מצב הנורוכירורגיה, ולשם תכנון עתידה.

2. על פי נתונים שמסרה החברה הישראלית לנורוכירורגיה למשרד מבקר המדינה, שיעור התמותה בניתוחים אלקטיביים - פטירות לא צפויות - הוא 3.3%; לדבריה, שיעור מקובל בעולם. אין בידי החברה נתונים על שיעורי ההצלחה של כלל הניתוחים, וכן שיעורי התמותה וסיביותה, מפורטים לפי סוג הניתוחים ובמחלקות השונות.

על פי נתונים של משרד הבריאות, בשנת 1990 היה שיעור הפטירה הכל-ארצי בכלל הניתוחים במחלקות הנורוכירורגיות - 5.4%. בשנת 1991 היה שיעור הפטירה - 4.7%, כלהלן: בבתי החולים הממשלתיים - שיבא, רמב"ם ואסף הרופא - 6.6%, ובאיכילוב - 6.3%, בבתי החולים של קופת חולים - סורוקה - 2.1%, ובילינסון - 3.4%, ובבית החולים הדסה - 2.7%. אין בידי המשרד נתונים על מספר הניתוחים שנעשו, בהתאם לסוג הניתוח, בבתי החולים השונים, וגם אין נתונים מפורטים באשר לסיבות הפטירה, לפי סוג הניתוח והפגיעה.

לנוכח הטענות שהעלו הנורוכירורגים, כי קיים חוסר אמון בקרב הציבור בנורוכירורגיה בארץ, הגורם לנהירה של חולים לניתוחים ולטיפולים בחו"ל, ולדעתם המקצוע בסכנה, יש מקום לשקול הקמתה של ועדה מקצועית מטעם משרד הבריאות, שתבדוק את המצב הקיים בתחום הנורוכירורגיה - היקפה, איכותה, רמתה המקצועית, ורמת הצלחתה בהשוואה לסטנדרדים בעולם. הצגת התוצאות, אם יעמדו בסטנדרד הבין-לאומי, תשכנע את הציבור שרמת הרפואה הנורוכירורגית בארץ אינה נופלת מזו שבחו"ל.



נסיעה לחו"ל לקבלת טיפול רפואי או לביצוע ניתוח, ולחלופין הזמנת רופאים מומחים לארץ לביצוע ניתוחים ומתן טיפולים לחולים, מאפשרים לחולים בארץ להשתמש בשירותים רפואיים נוספים על אלה הקיימים בארץ.

1. הקביעה שיש הכרח לחולה לקבל טיפול רפואי בחו"ל וקבלת הזכויות הנלוות לכך, תלויה באישור הוועדה לנסיעות לצרכים רפואיים שבמשרד הבריאות. שיקולים של משך ההמתנה לניתוח או טיפול בארץ, וסיכויי הצלחה טובים יותר בחו"ל בניתוח ובטיפול, לנוכח מכשור משוכלל ושיטות טיפול מתקדמות יותר בחו"ל, אינם בעלי משקל מכריע בקבלת ההחלטה לאישור נסיעתו של חולה לחו"ל.

הזכויות וההקלות השונות, ברובן כספיות, שמקנה אישור הוועדה, הלכו ופחתו מאז מינויה בנובמבר 1979. כיום אין אישור הוועדה מקנה לחולה הטבות של ממש, וחשיבותו בעיקר לצורך

קבלת כיסוי ההוצאות בידי קופות החולים. אולם קופות החולים קובעות את השתתפותן בהוצאות הכרוכות בנסיעה בהתאם לתקנות ולהסדרים שנקבעו בידן, ואין באישור הוועדה כדי לחייבן. לדעת מבקר המדינה, במצב שנוצר על משרד הבריאות לשקול, אם יש מקום להמשך קיומה של הוועדה. מכל מקום על ועדה זו או על הגוף שיקום במקומה ליתן משקל מתאים לשיקולים דוגמת חומרת המחלה, זמן ההמתנה הנדרש, והניסיון הטיפולי שנצבר בארץ, סיכוי הצלחת הטיפול בארץ לעומת עשייתו בחו"ל, כמו גם איכות החיים לצד הארכתם שעשוי לתרום הטיפול בחו"ל לעומת זה המוצע בארץ, זאת לצד שיקולי עלות והצורך לקדם את הרפואה בישראל, תוך איזון נכון בין השיקולים השונים.

2. הזמנת רופאים מומחים לעסוק ברפואה בישראל בכל תחום רפואי מחייבת, בהתאם לפקודת הרופאים, קבלת היתר ממשרד הבריאות. הזמנתו של ד"ר דולנץ - מנתח נוירוכירורגי מיוגוסלביה - לניתוחים בבתי חולים בארץ נעשתה בהתאם לכללים ולהנחיות שקבע משרד הבריאות, וכמתחייב מפקודת הרופאים. הבקשות שהוגשו למשרד בידי בתי החולים למתן היתר לד"ר דולנץ לביצוע ניתוחים - אושרו. לכן לא היה מקום, לדעת מבקר המדינה, להתנגדותם של הנוירוכירורגים להזמנתו, ולדרישתם ממנהלי מחלקות נוירוכירורגיות להפסיק את ניתוחיו בארץ. עם זאת עולה, כי בפעמים הראשונות שהוזמן ד"ר דולנץ לארץ, לא ידע משרד הבריאות שהוא מקבל תשלום מהחולים עבור הניתוחים. כמו כן הועלה, כי במה שנוגע לתשלום למומחים הבאים לארץ לבצע ניתוחים, מדיניות המשרד, לפיה אין לגבות מהחולה כל תשלום עבור ניתוח שעושה מומחה מחו"ל, אינה מעוגנת בהסדרים כתובים, ובמקרה של ד"ר דולנץ היא לא קוימה, בייחוד בבית החולים סורוקה.

לדעת מבקר המדינה, יש לעגן את נושא התשלום לרופאים מומחים בכללים ברורים, כפי שהדבר נעשה כיום בשר"פ; כמו כן יש לקבוע כללים ברורים באלו מקרים אפשר לגבות (אם ייקבע שאפשר) תשלום מהחולה; כמו כן על המשרד לשקול אם להתיר הזמנתם של מומחים מחו"ל גם לבתי חולים פרטיים או במסגרת שר"פ, לביצוע ניתוחים בתשלום, בתנאים ובמגבלות שיקבע המשרד.

הפיקוח על בתי מרקחת

ריכוז ממצאים

נבדקו סדרי הפיקוח המקצועי על כ-920 בתי המרקחת הפועלים בארץ. הפיקוח מבוצע בידי שלושת הרוקחים המחוזיים של משרד הבריאות.

ועדה פנימית של משרד הבריאות קבעה ב-1989, שעל הרוקחים המחוזיים להכין רשימה מפורטת של מוצרים מסוג מסוים, המותרים למכירה בבתי המרקחת. התקנה שהתירה למכור את המוצרים מן הסוג הזה הוחלה ב-1991. עד לדצמבר 1992 לא הוכנה רשימה כזאת, ושוררת אי בהירות בתחום זה.

הרוקח המחוזי בירושלים לא הנהיג, כנדרש, שימוש בכרטיס מסודרת של ביקורי פיקוח בבתי המרקחת שבמחוז ירושלים והדרום.

תדירות ביקורי הפיקוח בבתי המרקחת שקבע המשרד - פעם בחמש שנים - היא נמוכה מדי להבטחת רמת ניהול נאותה.

הרוקחים המחוזיים אינם נדרשים, ואינם נוהגים, לשלוח דוחות ביצוע למנהל אגף הרוקחות, ולכן אין בידיו מידע זמין ומרוכז על היקף פעולותיהם.