

משרד הבריאות

פעולות הביקורת

במשרד הבריאות, בקופות החולים, בחברת הביטוח הממשלתית ענבל, במשרד האוצר וברשות ההגבלים העסקיים במשרד התעשייה, המסחר והתעסוקה, נבדקו נושאים הקשורים לרשלנות רפואית, ובכלל זה: חסרונות המצב הנוכחי בתחום הרשלנות הרפואית, מידת יישום מסקנות והמלצות של הוועדות שהוקמו למציאת פתרונות והמכשולים ליישומם; סוגיות הקשורות לביטוחי רשלנות רפואית; מערכי ניהול הסיכונים בבתי החולים ובקופות החולים; ופעולות נציב תלונות הציבור במשרד הבריאות.

במשרד הבריאות, בקופות החולים ובמחלקות אשפוז לגריאטריה שיקומית נבדק נושא השיקום הרפואי לקשישים. בכלל זה נבדקו פריסת שירותי השיקום לפי אזורים גאוגרפיים ומצוקת האשפוז; פעילותן של מחלקות האשפוז לגריאטריה שיקומית; הליכי הפניית הקשישים לשיקום; בקרת איכות ושימוש במדדים להצלחה בשיקום; היבטים כלכליים של ההסכמים בין קופות החולים למוסדות השיקום; כוח האדם הרפואי והסיעודי בתחום השיקום; ומניעת מחלות עיקריות המצריכות שיקום.

במשרדי הבריאות והאוצר ובקופות החולים נבדק נושא הדיאליזה וההשתלות במערכת הבריאות. בכלל זה נבדקו סוגיית ההפניה המאוחרת של חולים לרופא נפרולוג וסיבותיה; הירידה במספר טיפולי הדיאליזה הביתיים; הערכת האיכות של טיפולי הדיאליזה; ופעילותם של משרד הבריאות והמרכז להשתלות נוכח מיעוט האיברים להשתלה לעומת התור הארוך של הממתינים.

במגן דוד אדום, במשרד הבריאות, במשרד האוצר, במשרד המשפטים, בוועדה לבדיקת מינויים ובמשרד החוץ נבדקו סוגיות מרכזיות הנוגעות למוסדות המנהלים של מד"א. בכלל זה נבדקו השימוש שעושים המוסדות המנהלים בביקורת הפנימית ככלי לפיקוח ובקרה; פעילות ועדת הכספים; תדירות התכנסות המוסדות המנהלים ואופן מילוי תפקידיהם; סדרי הבחירה והמינוי של נציגים במוסדות המנהלים; דרכי ההתקשרות עם היועצים המשפטיים ועם רואי החשבון של מד"א. חלק מהנושאים כבר נבדקו בעבר בידי משרד מבקר המדינה.

במשרדי הבריאות והאוצר ובקופות החולים נבדקו סוגיות הנוגעות לאופן חלוקת כספי המדינה לקופות החולים. בכלל זה נבדקו התחרות בין הקופות; מתן תמיכות לקופות; הנוסחה לחלוקת כספי של הבריאות (הקפיטציה) והוועדות שעסקו בנושא. חלק מהנושאים נבדקו כבר בעבר בידי משרד מבקר המדינה.

משרד מבקר המדינה עשה ביקורת מעקב על תיקון הליקויים שהועלו בדוח 59ב - הן ליקויים במישור הכללי-מערכתי והן ליקויים במישור הפרטני-פרסונלי - בנוגע לסדרי הדיווח ואישור העבודות מחוץ לתפקיד של מנהלי מרכזים רפואיים. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, בנציבות שירות המדינה ובעיריית תל אביב-יפו.

תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדין המשמעתי במערכת הבריאות

תקציר

תקלות וטעויות במערכת הרפואית הגורמות נזקים למטופלים מתרחשות מפעם לפעם במוסדות הרפואיים או במוסדות המבצעים פעולות טיפול ואבחון רפואי. הגורמים להן נחלקים לכמה סוגים: 1. גורמי סיכון שחלקם אינם בשליטת המערכת הרפואית, ולפיכך הם עלולים לגרום לנזקים במהלך פעולות הטיפול הרפואי כגון תגובה בלתי צפויה של המטופל לטיפול הרפואי (נזקים יאטרוגניים¹); 2. עומס עבודה או היעדר תנאים סביבתיים המאפשרים עיבוד וקליטה של נתונים רבים הכרוכים בטיפול בחולה; 3. טעויות הצוות המטפל, טעויות בשיקול דעת וטעויות אנוש; 4. רשלנות בטיפול הרפואי שאינה מגיעה לכדי עברת משמעת; 5. רשלנות חמורה שיש בה משום עברת משמעת; 6. רשלנות פושעת שהיא בבחינת עברה פלילית.

בשנים האחרונות חלה עלייה ניכרת בהיקף התביעות וההוצאה הלאומית בגין רשלנות רפואית בישראל. עלייה זו מקורה בין השאר בהגברת מודעות הציבור לנזקים הנגרמים במהלך טיפול רפואי ומעלייה בנכונותו של הציבור להגיש תביעה. פסיקת בתי המשפט הרחיבה את אחריותם של בעלי מקצועות הרפואה ושל המוסדות הרפואיים לרשלנות רפואית. גם התשלום הממוצע לתובע עלה במידה ניכרת, ואף הגיע במקרה קיצוני ל-16 מיליון ש"ח לחולה אחד.

כאמצעי להגנת הסגל הרפואי מפני תביעות רשלנות רפואית מבצעים מרבית קופות החולים, בתי החולים הציבוריים וכן בתי החולים הפרטיים, ביטוח בחברות ביטוח מסחריות הכרוך בתשלומי פרמיה. בתי החולים הממשלתיים מכוסים ביטוחית במסגרת הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה בניהול ענבל חברה לביטוח בע"מ² (להלן - ענבל) בדרך של ביטוח עצמי, וכל בית חולים נושא במלוא העלות מתוך תקציבו השנתי³ וללא מעורבות מצד חברות ביטוח מסחריות.

נוכח שינויים לרעה שחלו בסוגי הפוליסות המוצעות למוסדות הרפואיים, ובכלל זאת גידול בעלויות הפוליסות, החלו כמה מוסדות רפואיים לבטח את פעילותם כנגד רשלנות רפואית באמצעות הקמת קרן פנימית לביטוח עצמי (להלן - ביטוח עצמי) תוך כדי שמירת הכספים והשקעתם. קרן זו מיועדת לתשלום הוצאות בגין תביעות רשלנות רפואית עד סכום מסוים. לרוב רוכשים המוסדות הללו בחברת ביטוח מסחרית רובד ביטוחי נוסף - ביטוח נגד קטסטרופות.

1 השפעות בריאותיות שליליות הנגרמות במהלך טיפול רפואי או אבחון, לא בהכרח בעקבות טעויות בטיפול.

2 חברה ממשלתית בבעלות מלאה של ממשלת ישראל, הפועלת בכפיפות לאגף החשב הכללי באוצר. בין היתר מנהלת ענבל את הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה המטפלת בתביעות המוגשות נגד מוסדות משרד הבריאות, ובכלל זה תביעות בגין אחריות מקצועית.

3 בשיטת PAUG – Pay As You Go, תשלום בגין עלות התביעות והסכמי פשרה בפועל מתוך תקציבו השנתי של בית החולים.

במהלך השנים דנו ועדות שונות בהיבטים הנוגעים לרשלנות רפואית, ורובן פרסמו את מסקנותיהן: ועדת קלינג משנת 1999; ועדת בן דוד וברודט משנת 1999; ועדת חלמיש משנת 2003 (אשר לא גיבשה דוח סופי); ועדת אמוראי משנת 2003; ועדת שפניץ משנת 2005; דוח חברת מארש משנת 2007.

פעולות הביקורת

לנוכח תמונת המצב של הנזקים הנגרמים למערכת הבריאות בדק משרד מבקר המדינה מינואר ועד דצמבר 2011 נושאים הקשורים לרשלנות רפואית, ובכלל זה: מידת יישום מסקנות והמלצות של הוועדות שהוקמו כדי להקטין את ההוצאה הלאומית שמקורה בתביעות רשלנות רפואית; מודלים שונים שהוצעו לפתרון בעיות וכשלים בתחום הרשלנות הרפואית והמכשולים ליישומם; היעדר חובת ביטוח על מוסדות רפואיים; מעבר מוסדות רפואיים לביטוח עצמי ומידת הפיקוח של המדינה על ביטוח זה; סוגיות הקשורות לביטוח הפרקטיקה הפרטית⁴ של רופאים; הסתמכותם של בתי חולים פרטיים על ביטוחי הפרקטיקה הפרטית של הרופאים ועקב כך סבסוד צולב בין הרפואה הציבורית לפרטית; פעולות מערכי ניהול הסיכונים במוסדות רפואיים שונים; מידת השיתוף והעברת המידע בין מערכי ניהול הסיכונים במוסדות הבריאות למשרד; השינוי שחל בהליכי דיווח על אירועים חריגים ובתחקור הרפואי לנוכח היעדר חיסיון על דיווחים; מידת קיומו של חינוך באקדמיה לנושא בטיחות בטיפול וניהול סיכונים; פעילותו של נציב תלונות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות (להלן - נציב התלונות).

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בארבע קופות החולים (להלן - הקופות), בענבל, במשרד האוצר - באגף התקציבים, באגף החשב הכללי ובאגף הפיקוח על שוק ההון, הביטוח והחיסכון (להלן - המפקח על הביטוח), בהסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) וברשות ההגבלים העסקיים שבמשרד התעשייה המסחר והתעסוקה (להלן - התמ"ת). נעשו בירורים בכמה בתי חולים, בכמה חברות ביטוח מסחריות, במשרד המשפטים, בלשכת עורכי הדין, באיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה של הר"י ובפקולטות לרפואה באוניברסיטאות.

עיקרי הממצאים

חוב המדינה בגין רשלנות רפואית ועלייה במספר התביעות ובעלות הפרמיות לביטוח

יתרת התביעות התלויות: על פי נתוני המשרד נכון לסוף שנת 2010, הערכת סך החבות האקטוארית - יתרת התביעות התלויות בגין רשלנות רפואית לסוף שנת 2010 שהוגשו רק כנגד בתי החולים הכלליים הממשלתיים - הסתכמה בכ-2.35 מיליארד ש"ח, וכנגד כל מוסדות הבריאות הממשלתיים - בתי החולים הממשלתיים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים ונגד לשכות הבריאות והמשרד הראשי

4 ביטוח עיסוקו של הרופא בפרקטיקה פרטית לאחר שעות העבודה אצל המוסדות הרפואיים המעסיקים.

הסתכמה בכ-3.2 מיליארד ש"ח. הערכה זו אינה כוללת את חבות קופות החולים, בתי החולים שלהן, בתי החולים הציבוריים ובתי החולים הפרטיים.

עלייה בתשלומים לנפגעים בגין רשלנות רפואית ועלייה בתשלומי הפרמיות בביטוחים המסחריים: במהלך חמש השנים האחרונות חלה עלייה של כ-7% מדי שנה בתשלומים ששילמה המדינה בגין תביעות רשלנות רפואית⁵. גם מנתונים שמסרה מדנס סוכנות לביטוח בע"מ⁶ (להלן - הסוכנות) באשר למבוטחיה בביטוחי רשלנות רפואית עולה כי בשש שנים חלה עלייה מתמדת של כ-260% בתשלום הממוצע לתובע ועלייה של למעלה מ-30% בפרמיות שמשלמים מבוטחיה במשך שלוש שנים (בשנים 2008-2010).

עלייה במספר התביעות המוגשות: מנתוני המשרד עולה כי משנת 2005 עד שנת 2010 חלה עלייה של 22% במספר התביעות המוגשות נגד כלל מוסדות הבריאות הממשלתיים (בבית המשפט ובהסכמי פשרה מחוצה לו). גם מנתוני הסוכנות באשר למבוטחיה ברשלנות רפואית עולה כי משנת 2005 עד שנת 2011 חלה עלייה של כ-13% במספר התביעות.

נתונים לאומיים לצורך קבלת החלטות: 1. בביקורת נמצא כי בידי משרד הבריאות ומשרד האוצר כמאסדרים (רגולטורים) אין נתונים עדכניים על העלות הכוללת של ביטוח רשלנות רפואית, למעט הערכות כלליות מדוח מארש משנת 2007 והמציגות הפרשים של מיליארדי שקלים בין זו לזו⁷. מלבד המידע הקיים באשר לתשלומים בפועל של ענבל עבור כלל המוסדות הממשלתיים, אין למשרד מידע באשר לסך התשלומים בבתי החולים הפרטיים והציבוריים; 2. אין בידי המשרד גם הערכה באשר לסך החבות האקטוארית העתידית של כל המוסדות הרפואיים במדינה, אלא רק הערכה אקטוארית של המוסדות בבעלות המדינה; 3. תקן חשבונאות מס' 18 לדיווח אחיד של בתי החולים וקופות החולים מחייב רק החל משנת 2010 לדווח בדוחותיהם הכספיים על היתרה האקטוארית של הרשלנות הרפואית. בה בעת תקן זה אינו מחייב את בתי החולים הפרטיים והציבוריים. לכן יש מחסור חמור במידע באשר לעלות הרשלנות הרפואית, מידע שעשוי לסייע לקבלת החלטות, והחיוני בין השאר לקביעת תעריפים נאותים ולעדכון שוטף של סל הבריאות, למשל בתחום המיילדות והטיפול בפגים.

חוסר מועילות ויעילות: כ-40% מהפיצויים מוצאים על ניהול הליכי המשפט בתביעות רשלנות רפואית כל גורם המעורב בתביעה - בתי החולים, קופות החולים ומרפאות פרטיות - מוציא כ-10%-20% מכספי התביעה עבור שכר טרחת עורכי דין והוצאות לניהול התביעה וכ-5% בגין חוות דעת מומחים מטעם כל אחד מהצדדים. יוצא שבסופו של תהליך כ-40% מסך הפיצויים בתביעות האחריות המקצועית ברפואה מוצאים על ניהול ההליך המשפטי. לפיכך הטיפול בתביעות רשלנות רפואית על ידי גורמים ממשלתיים וציבוריים, כפועל יוצא מההסדרים המשפטיים הקיימים,

5 בשנת 2010 חלה ירידה של כ-9% בהוצאות בגין רשלנות רפואית, אולם כיוון שהאמור בתביעות משפטיות הפרוסות על פני טווח של עשרות שנים, ירידה חד-פעמית זו אינה מלמדת על מגמה בשיעור ההוצאות.

6 מדנס סוכנות לביטוח בע"מ היא סוכנות הביטוח המבטחת את מרבית הביטוחים המסחריים כנגד רשלנות רפואית במדינה באמצעות הראל חברה לביטוח בע"מ.

7 עלות הפרמיות שמשלמים כלל המוסדות הרפואיים במדינה הוערכה בסך של 1.2-5.2 מיליארד ש"ח לשנה.

יקר וצורך משאבים רבים ממערכת הבריאות ומהנפגעים במקום להגיע לכיסיהם של הנפגעים.

עלייה ברפואה המתגוננת וחשש מביצוע פעולות מסוכנות

נוסף על העלויות הישירות המאמירות של גידול בתביעות רשלנות רפואית, הפכה הרפואה להיות "רפואה מתגוננת", כלומר נפוצות יותר תופעות דוגמת הפגיה למפגשי ייעוץ רפואיים רבים וביצוע יתר של בדיקות ותצלומים. כך גדלות ההוצאות על בדיקות רפואיות, גדלים תקציבי מערכת הבריאות, הנמצאים ממילא במחסור, גדלה ההוצאה הלאומית וגם הפרטית לבריאות וגדלה אי-השוויוניות.

פעולות מורכבות בעלות סיכון לסיבוכים וטיפול בחולים מורכבים עלולות מטבען להיכשל ולגרור אחריהן תביעות בגין רשלנות רפואית, בין מוצדקות ובין לאו. שיקול זה עלול לגרום למוסדות רפואיים לחשוש מלבצע פעולות אלה, ובכך לפגוע בטיפול הרפואי המוענק לחולים, בקידום הרפואה ובהתפתחותה.

ביטוח רשלנות רפואית

היעדר תחרות וריכוזיות יתר בשוק ביטוחי הרשלנות המקצועית

שוק ביטוחי הרשלנות הרפואית מתאפיין במיעוט מבטחות ובשליטתה של הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן - המבטחת העיקרית) באמצעות הסוכנות. מבטחות משנה מחו"ל שביטחו את המבטחת עזבו את הארץ לפני שנים מספר, ומאז דווח על קושי לאתר מבטחי משנה בחו"ל. ועדת בן דוד וברודט, ועדת חלמיש ודוח מארש קבעו כי שוק ביטוחי הרשלנות רפואית בישראל אינו מספק תנאים תחרותיים לביטוח. השוק מתאפיין במיעוט מתחרים ובהעלאה קבועה של פרמיות הביטוח, מציאות שהגדילה את ההוצאה הלאומית לבריאות והפחיתה את ההוצאה הזמינה לשירותי הבריאות עצמם. עקב פעילותה רבת השנים בתחום, בידי הסוכנות מידע רב על ניסיון התביעות והחבות האקטוארית של מוסדות הבריאות הלא ממשלתיים. היעדר הגישה למידע זה מקשה על גורמים מתחרים להיכנס לתחום ומונע ירידה בפרמיות.

רשות ההגבלים העסקיים אשר באחריות משרד התמ"ת, ביצעה בדיקות ראשוניות שהצביעו על מבנה שוק מוגבל מהבחינה התחרותית, ואולם היא העריכה כי לא יהיה אפשר להביא לשיפור ממשי בענף באמצעים העומדים לרשותה. הרשות לא השלימה את הבחינה שהחלה בה בשנת 2005 בתחום הרשלנות הרפואית כדי לבחון את אופי התחרות וכדי לבדוק אם מתקיים מונופול, ואם כן - לבחון את הכלים העומדים לרשותה להסדרת כשל השוק.

השפעת תחום הגינקולוגיה והמיילדות על שוק הביטוח

בתחום הגינקולוגיה והמיילדות הבעיות חמורות יותר מבשאר התחומים: חלקו היחסי של התחום מסך תביעות האחריות המקצועית הוא כ-30% מבחינת מספר התביעות וכ-50% מבחינת עלותן. חוק ההתיישנות, התשי"ח-1958, מאפשר לילודים להגיש

תביעה עד 25 שנה לאחר התרחשות האירוע. תקופת ההתיישנות הארוכה מגבירה את חוסר הוודאות של המוסדות ומקשה עליהם לשמור מסמכים, לזמן עדים ולהוכיח את חפותם. גם השינויים בפסיקות בתי המשפט שהרחיבו את האחראיות של העוסקים ברפואה מקשים על המבטחות להעריך את הסיכון ולשמור כספים לפרקי זמן ארוכים וגורמים לגביית פרמיות גבוהות מהמבוטחים.

חובת ביטוח למוסדות רפואיים

בתי חולים כלליים, ציבוריים ופרטיים המרכזים פעילות בתחומים בעלי סיכון מוגבר (כגון מיילדות, ניתוחי גב וניירוכירורגיה) אינם מחויבים ברכישת ביטוח או ביצירת קרן לביטוח עצמי. אף מרפאות אסתטיקה וניתוחי לייזר המנהלות פעילות מסוכנת אינן מחויבות בביטוח. בהיעדר חובת ביטוח אין גם חובה לניהול סיכונים הנדרש על ידי המבטחות, והדבר עלול לגרום לאי-הקפדה על בטיחות החולה ולירידה בסטנדרד הרפואי. היעדר חובת ביטוח על מוסדות רפואיים עלול להותיר רופאים חשופים לתביעות אישיות המוגשות נגדם או נגד עיזבונותיהם במקרים חריגים שבהם המוסד הרפואי חדל פירעון. הדבר עלול למוטט בתי חולים שלא יעמדו בתשלום הפיצויים שייפסקו ולהשפיע על גורמים שאליהם עלולים התובעים לגלגל תביעותיהם.

חלק מבתי החולים הפרטיים סומכים על ביטוחי הפרקטיקה הפרטית הממומנים ברובם על ידי המדינה - או באמצעות בתי החולים הממשלתיים או על ידי קופות החולים. יוצא שלעתים המדינה נושאת בעלויות הביטוח של פעולות רפואיות המתבצעות במוסדות הפרטיים - מצב הראוי לבחינה מחודשת.

ועדת קלינג, ועדת אמוראי וועדת חלמיש הציעו לקבוע בחוק חובת ביטוח כנגד רשלנות רפואית לכל העוסקים ברפואה ובשירותים רפואיים במערכת הבריאות וכן לכלל המוסדות הרפואיים. אולם משרד הבריאות ומשרד האוצר החליטו בשנת 2008 כי לא ייזמו חקיקה, וכי בעתיד לאחר בחינת המצב הביטוחי של המוסדות ישקלו מחדש אם דרושה התערבות. ואולם מאז לא נבחן הנושא מחדש, למרות מעבר של כמה מוסדות רפואיים מביטוח מסחרי לביטוח עצמי.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרדי האוצר והבריאות כי לנוכח החשש כי מוסדות רפואיים לא יבטחו עצמם באופן מספק בביטוח מסחרי או בביטוח עצמי והחשש מתביעות אישיות נגד רופאים או עיזבונם ולאור המלצות הוועדות בנושא, עליהם לשקול שוב, אחרי שיהיה בידיהם מכלול הנתונים בשוק ביטוחי הבריאות, אם לקבוע בחוק חובת ביטוח מסחרי או ביטוח עצמי.

הפיקוח על מוסדות רפואיים המבצעים ביטוח עצמי

כאמור, חלק מבתי החולים וקופות החולים החלו להקים קרן פנימית לביטוח עצמי, המיועדת לשלם הוצאות בגין תביעות רשלנות רפואית. בביטוח עצמי יש נטילת סיכונים מהותיים ולכן הוא מחייב פיקוח ובקרה. נמצא כי משרדי הבריאות והאוצר לא קבעו כללים לביטוח עצמי ולאופן הפיקוח עליו, וזאת כדי להגן על החולים ועל הרופאים מפני תביעות רשלנות רפואית.

עוד נמצא כי פיקוח המשרד על קופת חולים המבצעת ביטוח עצמי מוגבל. גם המפקח על הביטוח באוצר אינו עוסק בתחום זה. בהיעדר אסדרה ופיקוח יש חשש שמא חברי

הנהלת קופת חולים שיש לה ביטוח עצמי ישפיעו על גובה הסכומים הנצברים בקרן הפנימית, זאת על רקע מצבה הכספי הטוב או הגרוע של הקופה בשנה מסוימת או משיקולים של איזון תקציב הקופה לטווח קצר, ולא לפי הצורך החשבונאי-כלכלי-אקטוארי של שמירת כספים לתשלום פיצויים לטווח הארוך. היעדר עתודות כספיות מספיקות לכיסוי תביעות עתידיות עלול לגרום להוצאות כספיות כבדות אשר יקשו על הקופה להמשיך לספק שירותים רפואיים ללא מקורות סיוע נוספים של המדינה. רק בסיום הביקורת החל המשרד לגבש הנחיות כלליות לניהול קרנות עצמאיות לביטוח עצמי כדי להבטיח את ניהולן ויציבותן.

פוליסה לביטוח פרקטיקה פרטית של רופאים

על פי הסכמי עבודה קיבוציים, הרופאים המועסקים במוסדות רפואיים ממשלתיים וציבוריים ובקופות החולים מבוטחים בביטוח אחריות מקצועית בגין עבודתם בפרקטיקה הפרטית. הפוליסות מעניקות לרופאים גם הוצאות הגנה משפטית בהליך משמעותי, בהליכים פליליים ובדיני עבודה על מקרי רשלנות שהתרחשו בשעות הפעילות בבוקר.

הביקורת העלתה סדרת עיוותים במימון ביטוח הפרקטיקה הפרטית הדורשים בחינה מחודשת ותיקון: 1. כספי תקציב משרד הבריאות המועברים לבתי החולים מממנים את עלות פוליסות הפרקטיקה הפרטית. יש מוסדות רפואיים פרטיים שכלל אינם מבטחים את עבודת הרופאים המנתחים בתחומם אלא מסתמכים על פוליסת הפרקטיקה הפרטית שאת רובה מממנת המדינה. בכך ניתן סבסוד לאותם מוסדות פרטיים על חשבון הכיס הציבורי. פוליסה של אחת הקופות כוללת החרגות ויש חשש כי היא מותירה רופאים ללא כיסוי ביטוחי בעת ביצוע פעולות בבית חולים פרטי; 2. אין הגדרה אחידה של המונח "פרקטיקה פרטית", ולפיכך הפוליסה מנוצלת על ידי מוסדות רפואיים פרטיים אף שהם אינם צריכים להיכלל בהגדרת "מרפאה פרטית"; 3. כל הרופאים משלמים פרמיה לביטוח פרקטיקה פרטית וכך יוצא שרופאים שאינם עוסקים בפרקטיקה פרטית (צעירים או כאלה העובדים בפרפריה) מסבסדים עלות פוליסות של רופאים המנהלים פרקטיקה פרטית; 4. לעתים המוסד הרפואי הציבורי מממן פוליסה יקרה לרופא העוסק בעיקר בפרקטיקה פרטית וממעט לעבוד במוסד הציבורי; 5. נוצרה תופעה של כפל ביטוח, פי שלושה או פי ארבעה, על ידי כל אחד מהמוסדות הרפואיים, מצב המטיל נטל כספי מיותר על ציבור הרופאים המשתתף בעלותה.

חלק מהמתואר לעיל נובע מהסכמי עבודה קיבוציים שנחתמו לפני 17 שנה ומאז לא עברו ריענון ועדכון, ושקבעו כי המוסדות המעסיקים יממנו את עלות ביטוחי הפרקטיקה הפרטית.

הצעות לשינויים להקטנת ההוצאה בגין רשלנות רפואית: תמונת מצב

הכשלים בשוק ביטוחי הרשלנות הרפואית הובילו להקמת ועדות שונות כדי לגבש פתרונות לצמצום עלויות בגין תביעות רשלנות רפואית ופתרונות נוספים להסדרי הביטוח הקיימים.

בין היתר נבחנה אפשרות לרכז את ניהול התביעות בתחום הגינקולוגיה והמיילדות, המערב גורמים מטפלים רבים, בידי גורם אחד כדי לצמצם את עלויות ניהול התביעות בנושא. החשב הכללי באוצר החליט לגבש שיתוף פעולה בניהול תביעות המשותפות למדינה ולשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית); ועדת בן דוד וברודט המליצה בשנת 1999 להקים ביטוח עצמי לאומי (להלן - קפטיב לאומי); ביוני 2010 הגיש חבר הכנסת מאיר שטרית הצעת חוק פרטית הקובעת מודל לפיצויי נפגעי רשלנות רפואית בהיריון ובלידה ללא צורך בהוכחת רשלנות באופן שלידת תינוק בעל מום כשלעצמה תזכה בפיצוי מוגבל; משרד המשפטים פועל לקיצור תקופת ההתיישנות במסגרת הצעת חוק דיני ממונות, התשע"א-2011, הנמצאת בדיונים בוועדת החוקה של הכנסת.

לפיכך, למרות הבעיה ההולכת ומחמירה בתחום ועל אף ההצעות הרבות לפתרון והוועדות הרבות שפעלו בנושא, לא התקיים דיון ציבורי יסודי ומעמיק הכולל את כל ההיבטים הקשורים לסוגיית הרשלנות הרפואית ובהתבסס על נתונים עדכניים ומקיפים באשר לעלויות הרשלנות הרפואית בכלל מוסדות הבריאות בישראל, ולפיכך לא הוחלט על פתרונות ישימים.

ניהול סיכונים ובטיחות בטיפול הרפואי: נושאים הדורשים עיון ואסדרה

היעדר מדיניות לפעילות מחלקות ניהול הסיכונים במוסדות ועדת שפיץ המליצה בנובמבר 2005 להקים מערך בטיחות וניהול סיכונים בכל אחד מהמוסדות הרפואיים. בביקורת עלה כי כל אחד מבתי החולים מבצע ניהול סיכונים על פי כללים שהוא קבע ובהיקף שונה וללא תקן ליחידות ניהול הסיכונים, וכי המשרד לא נותן לבתי החולים הנחיות בנושא ואינו מתווה את מדיניותם. רק במהלך הביקורת החל המשרד בגיבוש חוזר שיחייב את כלל בתי החולים להקים מערך ניהול סיכונים. גם בקופות החולים לא הייתה כלל חובה להקים מערך של ניהול סיכונים ולא ניתנה הנחיה בנדון של המשרד, ולכן הקופות נבדלות זו מזו במידה ניכרת בהיקף פעילות ניהול הסיכונים שלהן. רק בסיום הביקורת בינואר 2012 הוציא המשרד חוזר המסדיר את חובת הקמת מערך ניהול הסיכונים בקופות.

דיווחים על אירועים חריגים

דיווח לחולה על רשלנות רפואית בטיפול שקיבל: זכותו של כל אדם לדעת אילו אירועים הביאו אותו למצבו הבריאותי לאחר הטיפול. על הרופא מוטלת גם חובה אתית למסור לחולה על כל טעות שחלה בטיפול בו. למרות זאת, רופאים חוששים כי גילוי כזה יגרור פרסום שלילי מידי, אבדן מוניטין ומעמד מקצועי, אבדן חולים, תביעת רשלנות רפואית ונקיטת הליכים משמעותיים ומשפטיים. לכן נוצרה תרבות של הימנעות מדיווחים על אירועים חריגים, ונשמעות מצד עורכי הדין המייצגים את החולים טענות על הסתרה ועל אי-גילוי.

שאלת חסיון דוחות ומסמכים רפואיים: אחת הבעיות העיקריות של ניהול הסיכונים במוסדות הרפואיים היא היעדר חיסיון משפטי. על פי הלכה

שנקבעה בפסיקה בשנת 1995⁸, התחקירים, הדיונים והמסמכים הנערכים במסגרת ניהול הסיכונים עלולים לשמש בהליכים משמעותיים ומשפטיים שייפתחו נגד הצוות הרפואי. לפיכך נפגעה היכולת לנהל בפתירות תחקירים של אירועים חריגים. עד שנת 1995 היה נהוג לקיים בבתי החולים ישיבות "תחלואה ותמותה" שבמסגרתן העלו לדיון תקלות רפואיות ללימוד ולהפקת לקחים. למשרד מבקר המדינה דווח על הפחתתן עד כדי הפסקתן של הישיבות בגלל חשש מחשיפת תוכן לפני ערכאות משפטיות. דווח על קיום דיונים במסגרת ישיבות בוקר של חלק מהמחלקות ללא תיעוד בכתב; על ביצוע בירור והשמדת חומר התחקיר בתוך כמה ימים; על מיעון החומר לעורך דין על מנת ליהנות מחסיון עו"ד-לקוח ועוד.

דיווח של המוסדות הרפואיים על מקרי רשלנות

דיווחים פנימיים על תקלות בתוך המוסדות: אין הגדרה מחייבת של המשרד לגבי אירועים חריגים החייבים בדיווח למחלקות ניהול הסיכונים במוסדות הרפואיים. כך כל מוסד מחליט אילו אירועים חייבים בדיווח פנימי של הרופאים למחלקת ניהול הסיכונים.

דיווח של המוסדות למבטחים: חלק מהאירועים המתרחשים במוסדות הרפואיים מדווחים למבטחים על פי הנחייתם, ואולם אין הם מדווחים למשרד. מידע רב על אירועים חריגים אינו מגיע אפוא לידיעת המשרד, וממילא הוא אינו יכול להפיק לקחים בעקבות התרחשותם.

דיווח מהמוסדות למשרד הבריאות: האירועים המחויבים בדיווח על ידי המוסדות למשרד הם רק חלק קטן מהאירועים החריגים המתרחשים במוסדות הרפואיים. עיקר האירועים המתרחשים אינם מדווחים למשרד ובכך נפגמת יכולתו להסיק מסקנות מערכתיות וכן להוציא הנחיות לכל מערכת הבריאות.

היעדר שיתוף במידע ובתקלות במישור הארצי

היעדר שיתוף במידע על אירועים חריגים: נמצא כי בין בתי החולים, החברות המבטחות והמשרד אין שיתוף במידע לגבי אירועים חריגים ומסקנות שהוסקו מאותם אירועים. כך נפגמת יכולתו של המשרד להטמיע נוהלי בטיחות בכלל המוסדות הרפואיים. כך בארגוני הבריאות נצבר פעמים רבות ידע יקר ערך ומהותי, אך אין במשרד "ניהול ידע" (knowledge management) במובנו הניהולי-מקצועי.

היעדר מאגר מידע לריכוז אירועים חריגים ולהפקת לקחים: המשרד לא הקים מערכת ארצית שבה יוכלו הרופאים לדווח על אירועים חריגים בחופשיות וללא חשש מחשיפת המעורבים ומענישתם, מערכת שיכולה לסייע בהפצת לקחים ארציים וכך לשפר את רמת הרפואה. במהלך הביקורת קידם המשרד הקמת מערך לניהול סיכונים ובטיחות שיעסוק בין היתר בפעולות האלה: הרחבת מאגר המידע על מוקדים בעייתיים המסכנים את המטופל; לימוד הכשלים והפצת המלצות מערכתיות; הטמעת תרבות דיווח על אירועים; והגדלת מספר הדיווחים למשרד

8 רע"א 1412/94 הסתדרות מדיציניית הדסה עין-כרם נ' עפרה גלעד ואח', מט (2) 516, 526.

באמצעות פיתוח מערכות דיווח. משרד מבקר המדינה משבח את פעילות מנכ"ל המשרד להקמת המערך, אחרי שכמה ניסיונות מאז שנת 2000 לא צלחו.

היעדר שיתוף בין המוסדות בתשתיות לימוד והדרכה: נמצא כי אין שיתוף מספיק בין המוסדות בתשתיות הקיימות להדרכה ולתרגול של תרחישים רפואיים לצורך שיפור מודעות הצוותים הרפואיים בכל הארץ לבטיחות רפואית.

ריכוז חלקי של אירועים שבגינם מוגשות תביעות לבתי המשפט: נמצא כי אירועים חריגים שהתרחשו וגרמו לנזקים בבתי חולים ציבוריים ופרטיים ובקופות, ובגינם הוגשו תביעות או שהובילו להסכמי פשרה, לעתים במיליוני שקלים, אינם מובאים לידיעת המשרד, אלא אם כן הוגשו בגינם תלונות גם לנציב התלונות שבמשרד. בגין חלק גדול ממקרי הרשלנות מוגשות תביעות אזרחיות ישירות לבתי המשפט ללא תלונה לנציב התלונות במשרד. לעתים קרובות הסכמי פשרה בסכומים ניכרים - דבר המעיד לעתים על חומרת האירוע - כוללים גם סעיפי סודיות, המכוונים למניעת פרסום האירוע. כך נמנעת האפשרות להסיק מסקנות מערכתיות מאירועים אלה ולמנוע את התרחשותם שנית.

מיעוט ועדות בדיקה וועדות הבקרה ואיכות הפועלות במוסדות רפואיים

סעיף 21 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה), מסדיר הקמת ועדות בדיקה לחקירת אירועים חריגים שהתרחשו במוסדות הרפואיים. בחלק מהמקרים יש חשש מרשלנות רפואית ונבדק הצורך בנקיטת הליך משמעותי או אחר כנגד המעורבים באירוע. ממצאי הוועדה גלויים לחולה, ואולם פרוטוקול הוועדה עלול להיחשף בבית המשפט. החשש מחשיפת הממצאים מעמידה בפני ועדת הבדיקה של בית החולים קושי בחשיפת עובדות האירוע ובהסקת מסקנות העלולות להשליך על הצוות ואף לחייב את המוסד בנזיקין. לפיכך יש ניגוד עניינים מובנה בפעולתן של ועדות הבדיקה הפנימיות. נמצא כי בשנים 2008-2010 מיעוט בתי החולים להקים ועדות בדיקה. למשל, המרכזים הרפואיים הגדולים ביותר - המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא והמרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - לא מינו ולו ועדה אחת. גם המשרד לא קבע בהתאם להמלצות ועדת שפניץ באילו מקרים חובה על בית החולים להקים ועדות בדיקה המוקמות על ידי נציב התלונות, אולם אלו מתמנות זמן רב לאחר האירוע, עובדה המקשה לאסוף מידע ועדויות ופוגעת באיכות החקירה.

כמו כן נמצא כי אין נהלים המחייבים את המוסדות הרפואיים בביצוע תחקירים סמוך לאחר אירוע חריג, כדי שהעובדות יהיו קרובות למציאות ככל האפשר, ולכן כל מוסד נוהג לפי החלטתו; לא נקבע מי מוסמך לבצע תחקיר, באיזו דרך ומהם לוחות הזמנים.

סעיף 22 לחוק זכויות החולה מסדיר הקמת ועדות בקרה ואיכות לצורך הערכת הטיפול הרפואי ושיפורו. תוכן הדיונים בהן חסוי. נמצא כי חלק מבתי החולים ממעטים להשתמש בסמכותם להקים ועדת בקרה ואיכות ועולה חשש כי אינם משקיעים די בשיפור איכות הטיפול הרפואי. כן נמצא כי חלק מבתי החולים מקיימים דיונים באירועים חריגים במקרים פרטניים במסגרת ועדות בקרה ואיכות ולא במסגרת ועדות בדיקה כפי שדורש סעיף 21 לחוק. אי-הבהירות באשר לאירועים החריגים שבגינם

יש להקים ועדת בדיקה ובאשר לנושאים שבהם יש לדון במסגרת ועדת בקרה ואיכות מצריכה את אסדרת הנושא על ידי המשרד.

סקרי ניהול סיכונים בקופות החולים ובבתי החולים

סקרי ניהול סיכונים בקופות החולים: "הסכמי הייצוב"⁹ של הקופות לשנים 2008-2010 מחייבים אותן לבצע סקר ניהול סיכונים, הכולל את מיפוי הסיכונים אשר חלקם עלולים להוביל לתקלות רפואיות. במהלך הביקורת מינה המשרד רואה חשבון חיצוני לבחינת הסקרים שהקופות הגישו. נמצא כי בכל אחת מהקופות מטרת הסקר הייתה שונה, וכן שיטות הניתוח והצגת הנתונים. בסיום הביקורת הוציא המשרד חוזר המסדיר את החובה לבצע סקר ניהול סיכונים.

סקרי ניהול סיכונים בבתי החולים: בתי חולים מנהלים פעילות בהיקפים של מיליארדי שקלים בשנה וחשופים לסיכונים כלכליים, בטיחותיים, רפואיים ומשפטיים. ואולם, נמצא כי בתי חולים אינם מחויבים לבצע סקרי ניהול סיכונים, וכי אין הנחיה מצד המשרד בנושא. ראוי כי המשרד ישקול להורות על ביצוע סקרי ניהול סיכונים גם לבתי חולים, בדומה להנחייתו המיועדת לקופות החולים.

בטיחות בטיפול הרפואי

בטיחות רפואית היא תחום הכולל הנדסת אנוש, והנחת המוצא היא שחלק ניכר מהכשלים הרפואיים נגרמים מכשלים מערכתיים אנושיים או טכניים, מעומסי עבודה, מהדרישה לקבלת החלטות מהירות וכן מתנאים סביבתיים המכשילים את עבודת הרופא. הדגש בתחום הוא איתור הכשלים המערכתיים לפני קרות האירוע ולא חקירת תקלות.

1. בטיחות בטיפול הרפואי בבתי החולים: מנהלי הסיכונים במוסדות הרפואיים מתמקדים בריכוז מידע ותיעוד באשר לאירועים שהתרחשו ופועלים לצמצום הנזק העלול להיגרם למוסד עקב תביעה עתידית (ניהול סיכונים משפטי) ועוסקים פחות במהלכים לשיפור הבטיחות הרפואית (תחום המניעה).

2. תהליך אבטחת איכות (אקרדיטציה) בבתי החולים: הכללית החלה בהליך אבטחת איכות באמצעות ארגון JCI¹⁰. היתרונות בקבלת תו האיכות הם שיפור הבטיחות ברפואה ועידוד תיירות מרפא המגדילה את הכנסות בתי החולים. עד 2011 קיבלו תו איכות זה שישה בתי חולים של הכללית ואסותא מרכזים רפואיים בע"מ ברמת החייל. בשנת 2010 החל המשרד בהליך בחמישה בתי חולים ממשלתיים ובשנת 2012 מתוכנן ההליך להתחיל בשישה בתי החולים הממשלתיים האחרים. גם חמישה בתי חולים ציבוריים בבעלות פרטית במזרח ירושלים החלו בתהליך וכן בתי חולים נוספים של הכללית. משרד מבקר המדינה מציין לשבח את יזמת הכללית בביצוע הליכים אלו המגבירים את איכות שירותי הרפואה בישראל.

9 הסכמים בין הקופות למשרדי הבריאות והאוצר לתכנית לייצוב כלכלי של הקופה כתנאי לתמיכה כספית.

10 Joint Commission International - ארגון המעניק תו איכות בינלאומי.

3. הוראת בטיחות ברפואה באקדמיה: נוכח חשיבות הקניית ידע בנושא בטיחות ברפואה כאמצעי למניעת כשלים וטעויות, משרד מבקר המדינה בחן את ההכשרה בנושא המועברת לסטודנטים לרפואה בפקולטות לרפואה השונות במוסדות האקדמיים בארץ. בתכנית הלימודים של הפקולטות לרפואה באוניברסיטאות נמצאה שונות רבה מבחינת הכשרות וקורסים לבטיחות ברפואה, בחלקן קורסים כאלה לא ניתנו כלל ובחלקן מיעטו בהכשרות בתחום זה.

הטיפול המשמעותי במשרד הבריאות: נציב תלונות הציבור והליכי הקובלנה המשמעותית

המשרד מטפל בעברות משמעת ורשלנות של בעלי מקצועות רפואיים. "נציב תלונות הציבור למקצועות רפואיים" במשרד הבריאות מקבל תלונות ומחליט אם לערוך שימוע לאיש הצוות הרפואי או להקים ועדת בדיקה לחקירה האירוע. מסקנות ועדת הבדיקה עם המלצת נציב התלונות מועברות למנכ"ל המשרד לקבלת החלטה אם להגיש קובלנה משמעתית, ואם כן - התיק עובר לתובעת המשרד להגשת קובלנה. בדיון בקובלנה בבית הדין למשמעת של המשרד משתתפים נציגי משרד הבריאות, משרד המשפטים והר"י וכן עורכי דין של המשרד שבוחנים את הראיות ומספקים תשתית עובדתית לקבלת החלטה. המלצות ועדת המשמעת עוברות להחלטת שופט¹¹, שאליו הואצלו סמכויות שר הבריאות¹².

1. היקף הפעילות: מינואר 2009 ועד מחצית 2011 (פרק זמן של שנתיים וחצי) מינה נציב התלונות 87 ועדות בדיקה (3.1%) מ-2,790 התלונות שהוגשו לו, ובעקבות פעולות ועדות הבדיקה הוגשו 64 קובלנות לבית הדין למשמעת של משרד הבריאות. יוצא אפוא ש-2% מהתלונות הגיעו לדין משמעותי.

2. היעדר אסדרה בחוק של פעולות נציב תלונות הציבור: נמצא כי חלקים שונים בפעילות נציב התלונות אכן מוסדרים בדין, בהוראות, ובנהלים פנימיים. ואולם אין הגדרה חוקית באשר לסמכויותיו ולחובותיו וכן באשר לוועדות הבדיקה מטעמו. רק במועד סיום הביקורת הקים המשרד צוות לגיבוש הצעת חוק בנושא סמכויות נציב התלונות וכן הוחלט להסדיר תשלום למומחים רפואיים הפועלים מטעמו.

3. חשש לניגוד עניינים מוסדי בתפקיד המשרד בקביעת רשלנות של רופאים: המשרד קובע את קיומה של רשלנות במסגרת ועדות הבדיקה והוועדות המשמעתיות, בין היתר של הרופאים עובדי בתי החולים הממשלתיים, הנמצאים בבעלות המדינה. קביעת הנציב בשאלת קיומה של רשלנות רופאים אלו עלולה לחייב את המשרד גם בתביעות אזרחיות המוגשות בגין אותם אירועים. מצב זה יוצר חשש לניגוד עניינים מוסדי. האפשרות להעביר את כלל פעילות נציב התלונות למשרד המשפטים בדומה למחלקה לחקירות שוטרים, כדי לשמור על אובייקטיביות הבדיקה וכדי להגביר את אמון הציבור, הועלתה בעבר על ידי מנהל האגף לביקורת פנים במשרד הבריאות, בדיונים בין משרד הבריאות ומשרד המשפטים בשנת 2001 ובדיון בכנסת משנת 2004. נוכח השינויים שחלו מאז יש צורך בבחינתה מחדש.

11 בתפקיד כיהן השופט בדימוס ורדי זיילר שהוחלף בשופט בדימוס, תת-אלוף (מיל') אמנון סטרשנוב.

12 לקבלת הכרעה בקובלנה - לזכות, לנזוף, להתרות, להתלות רישיון עד חמש שנים או לבטל רישיון.

4. תהליך קבלת החלטה במשרד באשר להגשת קובלנה משמעתית: במשרד אין נוהל המסדיר את תהליכי קבלת החלטה על הגשת קובלנה משמעתית לאחר שנציב התלונות המליץ לעשות כן. בעקבות פניית משרד מבקר המדינה החל המשרד בכתובת נוהל לשלבי התדיינות אלו, המפרט בין היתר את אופן ההתייעצות לפני שיוחלט לדוגמה על אי-קבלת המלצה של נציב התלונות בעניין הגשת הקובלנה.

5. התמשכות ההליכים המשמעתיים במשרד: הליכי בירור ומשמעת, לרבות ועדות בדיקה שממנה נציב התלונות, מתנהלים במשרד במשך שנים רבות, והמסקנות מתקבלות זמן רב לאחר האירוע. כך נגרם עינוי דין לחולים ולצוותים הרפואיים ונפגע אמון הציבור בפעילות המשרד. כמו כן יש חשש שהריחוק מהאירוע יפריע להסקת מסקנות ראויה ויגרום לעיכוב בהפקת לקחים מערכתית.

6. קושי לאתר רופאים לוועדות הבדיקה: יש קושי באיתור רופאים שישימשו חברי ועדות בדיקה מכמה סיבות: חוסר רצונם לדון בעמיתיהם למקצוע; קושי לאתר רופאים ללא היכרות קודמת עם הרופא הנדון; יש תחומי התמחות שבהם חסרים רופאים; המשרד טרם הקצה תקציב לתגמול לרופאים בוועדות הבדיקה; זימון חברי הוועדות לבתי משפט כדי להיחקר בתביעות אזרחיות על החלטתם בוועדה.

סיכום והמלצות

לתחום הרשלנות הרפואית משמעויות כלכליות ובריאותיות שמשקלן הולך וגדל עם השנים תוך כדי הכבדה ניכרת על הכיס הציבורי ועל המשאבים הנותרים לרפואה עצמה, ולכן עולה הצורך בהליך קבלת החלטות מעמיק וראוי. למרות הבעיה ההולכת ומחמירה בתחום ועל אף ההצעות הרבות לפתרון והוועדות הרבות שפעלו, לא התקיים דיון ציבורי יסודי ומעמיק, הכולל את כל ההיבטים הקשורים לסוגיית הרשלנות הרפואית בהתבסס על נתונים עדכניים ומקיפים באשר לעלויות הרשלנות הרפואית בכלל מוסדות הבריאות בישראל, ולפיכך לא הוחלט על פתרונות ישימים. על משרדי הבריאות, האוצר, המשפטים, על קופות החולים, על יתר המוסדות הרפואיים ועל הר"י לבחון את המשמעויות של הפתרונות שהוצעו, תוך כדי לימוד הפתרונות שכבר יושמו במדינות אחרות. במסגרת עבודת המטה שיבצעו וכבסו לתהליך קבלת החלטות ראוי, עליהם גם לגבש אומדן עלויות לאומי של כל היבטי סוגיית הרשלנות הרפואית.

הצורך בבחינה יסודית של תחום ביטוחי הרשלנות הרפואית: על הרשות להגבילים עסקיים לשקול אם לבצע בחינה יסודית של שוק ביטוחי הרשלנות המקצועית, ובכלל זאת לבחון אם אכן קיים מונופול, ואם כן - אילו תוצאות עלולות להיות לכך. גם המפקח על הביטוח ומשרד הבריאות נדרשים לבחון את יכולת הפירעון מהמבטחות בתחום ביטוחי הרשלנות הרפואית ולבדוק אם אכן יש חשש שהמבוטחים לא יוכלו להיפרע מהמבטחות.

חובת ביטוח: על משרדי האוצר והבריאות לשקול אם לקבוע חובת ביטוח (בחברת ביטוח או ביטוח עצמי) על המוסדות הרפואיים כחלק מהרישוי, בייחוד בתחומים כגון אסתטיקה ולייזר, שהם בעלי סיכון מוגבר לתביעות.

ביטוח עצמי: לנוכח האינטרס הציבורי לעמידותם הכלכלית של בתי חולים ציבוריים ופרטיים וקופות החולים, ומאחר ומשרד האוצר אינו מפקח על ביטוח עצמי ומשרד הבריאות מפקח על ביטוח עצמי רק של הקופות באופן מוגבל, על משרד הבריאות לקבוע כללים ברורים לביטוח עצמי של בתי החולים והקופות ולהתוות את שיטת הפיקוח המתאימה. בסיום הביקורת קבע המשרד צוות לבחינת נושא הביטוח העצמי.

פוליסות פרטיקה פרטית: יש מוסדות רפואיים פרטיים שאינם מבטחים את עבודת הרופאים המנתחים בתחומם אלא מסתמכים על פוליסת הפרקטיקה הפרטית הממומנת על ידי המוסדות המעסיקים. בכך יש סובסידיה של המדינה לאותם מוסדות פרטיים וראוי לבצע בחינה מחודשת בנושא פוליסות הפרקטיקה הפרטית. בה בעת פוליסות אלו כוללות לפעמים החרגות המותרות את הרופאים ללא כיסוי ביטוחי.

על הקופות לבחון את הגדרת המושג "מרפאה פרטית" במסגרת ביטוחי הפרקטיקה הפרטית ולקבוע מבחנים לצורת ההתקשרות שתזכה את רופאה בביטוח זה, וכן לשקול לקבוע מינימום היקף משרה בקופה שיזכה רופאים במימון הפרמיה.

בתחום הסבסוד הצולב בין רופאים העוסקים בפרקטיקה פרטית, על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לשקול אם נוכח העיוות בתחום הסבסוד, יש מקום ליצור מדרגות של פרמיה בהתאם לסיכון תחום התמחותם ולניסיון התביעות האישי של הרופאים תוך כדי אסדרת הסבסוד הצולב.

מחלקות ניהול סיכונים: על המשרד לקדם את ההליך שהחל לגיבוש סטנדרד למחלקות ניהול סיכונים בבתי החולים, לתקצובן ותקנונן בבתי החולים הממשלתיים וכן לקביעת כללים לפעילותן.

סקרי ניהול סיכונים: 1. בקופות החולים - על המשרד לכלול בתקנוני הקופות גם את חובתן לבצע סקרי ניהול סיכונים, נוסף על הסכמי הייצוב. על המשרד להחליט איזה סוג של סקר ניהול סיכונים תידרש הקופה לבצע, לבחון קיום דיון בסקר ובמשמעויותיו ויישומן לתכנית עבודה שנתית. על מבצעי הסקר להציג תמצית מנהלים ביצועית תוך כדי מתן הנחיות לדרכי פעולה לגבי הסיכונים שההסתברות להתרחשותם גבוהה ושהנזק שייגרם בעקבותיהם חמור גם הוא; 2. בבתי החולים - על המשרד לשקול להורות על ביצוע סקרי ניהול סיכונים גם לבתי חולים בדומה לקופות החולים.

דיווח על אירועים חריגים והסקת מסקנות מערכתיות: על המשרד לבחון כיצד לשפר את שיתוף הפעולה בין המוסדות להעברת מידע על אירועים חריגים לצורך הפקת לקחים; לבחון שיתוף כלל המוסדות בתשתיות הקיימות להדרכה ולתרגול של תרחישים רפואיים לשיפור מודעות לבטיחות רפואית; לאסוף מידע על אירועים חריגים שהסבו נזקים בבתי חולים ציבוריים ופרטיים ובקופות, ושבגינם הוגשו תביעות לבתי המשפט; לקדם הקמת מאגר דיווחים על אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע", לנתח אותם ולהפיץ לקחים במישור הארצי ללא חשש מחשיפת המעורבים ומענישתם.

חידוש ביצוע תחקירי אירועים: על המשרד לפעול בהקדם לחידוש הבדיקה העצמית הראויה במערכת הבריאות ללא חיפוש אשמים, אלא לצורך איתור מקור הבעיות, גם אם יש צורך בשינוי חקיקה בנדון.

תחקירי אירועים סמוך לאירוע: על המשרד ועל המוסדות הרפואיים לקבוע נהלים המחייבים את המוסדות לבצע תחקירים סמוך לאחר אירוע חריג, כדי שהעובדות יהיו קרובות למציאות ככל האפשר. במסגרת זו על המשרד לקבוע מי מוסמך לבצע תחקיר, בתוך כמה זמן ממועד ההתרחשות יבוצע התחקיר, באיזו דרך הוא יבוצע ולמי יישלח התחקיר.

הקמת ועדות בדיקה: אי-הבהירות באשר לאירועים החריגים שבגינם יש להקים ועדת בדיקה ובגין הנושאים שבהם יש לדון במסגרת ועדת בקרה ואיכות מצריכה את אסדרת הנושא על ידי המשרד או בחקיקה.

דיווח לחולה על תקלה רפואית: סעיף 21 לחוק זכויות החולה נועד ליצור מנגנון שיאפשר לחולה לדעת מה אירע לו בטיפול הרפואי אך גם יאפשר למוסדות להגיע לחקר האמת למען הפקת הלקחים ולמען בדיקת הצורך בהליך משמעותי או אחר. לכן למרות העניין שיש למוסד שלא לחשוף פרטים על כשלים בטיפול הרפואי, על המוסדות הרפואיים ועל המשרד לוודא בדקדקנות ובקפדנות יתרה כי תישמר זכות החולה לקבל פרטים מלאים על אודות האירועים החריגים שהתרחשו במהלך הטיפול בו.

בטיחות בטיפול הרפואי: על המשרד לפתח את תחום הבטיחות בטיפול הרפואי בצד הטיפול המערכתי בסוגיית הרשלנות הרפואית, וזאת במסגרת המערך הארצי שהקים לאחרונה לניהול סיכונים ובטיחות המטופל. על המשרד ועל המוסדות להשכלה גבוהה לבחון את תכניות הלימודים הקיימות בעולם בנושא בטיחות ברפואה ולשקול ליישמן בתכניות הלימודים בארץ.

אסדרת מעמד נציב התלונות במשרד: על המשרד לקדם את אסדרת מעמד נציב התלונות בחקיקה או בנהלים תוך כדי קביעת סמכויותיו וחובותיו כדי לחזק את עצמאותו; לשקול את הגדרת סמכויות הנציב לזימון עדים או מומחים ולהסדיר תקציב לפעילותו; להשלים כתיבת נוהל הכולל שיקולים בהגשת קובלנה ולשקול קביעת קריטריונים למנגנון ההיוועצות של מקבלי החלטות במשרד עם הנציב ועם חברי ועדת הבדיקה תוך הקפדה על שקיפות ההליך; לשקול קביעת לוחות זמנים לטיפול בתלונות, לרבות מתן החלטות ועדת הבדיקה והנציב; נוסף על פעילות המשרד לאסדרת מעמד נציב התלונות בחוק, משרד מבקר המדינה מעיר למשרדי הבריאות והמשפטים כי כדי להגביר את אמון הציבור באמינות הבדיקות הנערכות וכדי למנוע חשש מניגוד עניינים מוסדי של המשרד, עליהם לבחון את האפשרות להעביר למשרד המשפטים את כלל פעילות נציב התלונות והדיון המשמעותי ולחלופין את פעילות נציב התלונות בלבד.

כל האמור לעיל מעלה סוגיות מערכתיות-כלכליות-רפואיות שיש בהן כדי לעצב לטוב או לרע את פני הרפואה, להקצות משאבים לטובת הרפואה במקום לבזבזם על הוצאות התדיינות משפטית ולהפחית את תופעת "הרפואה המתגוננת" על השפעותיה הכלכליות והרפואיות. על המאסדרים - משרד הבריאות, משרד האוצר ומשרד המשפטים - לדון לעומק במכלול הנושאים המועלים בדוח ביקורת זה. ללא טיפול מערכתי וממצה בנושא תימשך מגמת הגידול בהוצאות על חשבון מתן שירותים רפואיים.



תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדין המשמעותי במערכת הבריאות

מבוא

1. תקלות וטעויות במערכת הרפואית הגורמות נזקים למטופלים מתרחשות מפעם לפעם במוסדות הרפואיים או במוסדות המעניקים טיפול רפואי ואבחון רפואי. הגורמים להן נחלקים לכמה סוגים: (א) גורמי סיכון שחלקם אינם בשליטת המערכת הרפואית, ולפיכך הם עלולים לגרום לנזקים במהלך פעולות הטיפול הרפואי כגון תגובה בלתי צפויה של המטופל לטיפול הרפואי (נזקים יאטרוגניים¹³); (ב) עומס עבודה המוטל על הצוות המטפל או היעדר תנאים סביבתיים המאפשרים עיבוד וקליטה של נתונים רבים הכרוכים בטיפול בחולה; (ג) טעויות הצוות המטפל, טעויות בשיקול דעת וטעויות אנוש; (ד) רשלנות¹⁴ בטיפול הרפואי שאינה מגיעה לכדי עברת משמעת; (ה) רשלנות חמורה שיש בה משום עברת משמעת; (ו) רשלנות פושעת שהיא בבחינת עברה פלילית. רק מיעוט המקרים מסך האירועים החריגים והכשלים הרפואיים נובעים מרשלנות¹⁵.

2. בשנים האחרונות חלה עלייה ניכרת ומתמדת בהיקף הדרישות הכספיות והתביעות כנגד המדינה המוגשות לבית המשפט ולמבטחים בגין רשלנות רפואית בישראל. העלייה אינה נובעת בהכרח מעלייה במקרי הפגיעה הרפואית בעקבות רשלנות אלא בין השאר מעלייה במודעות הציבור לרשלנות רפואית ובעמידתו על זכויותיו להגיש תביעות, וכן מריבוי במספר עורכי הדין. לפיכך חלה עלייה ניכרת בהוצאה הלאומית לבריאות עקב הוצאות המוסדות הרפואיים על תביעות בגין רשלנות רפואית. לנוכח זאת, בחמש השנים האחרונות גדלה ההוצאה הכספית של בתי החולים הממשלתיים הכלליים בגין תביעות על רשלנות רפואית בכ-7% לשנה, ומספר התביעות הללו נגד בתי החולים הממשלתיים, הגריאטריים, הפסיכיאטריים וכן נגד לשכות הבריאות המחוזיות עלה ב-22% משנת 2005 עד שנת 2010. גם מנתוני מדנס סוכנות לביטוח בע"מ¹⁶ (להלן - הסוכנות), בהתייחס למוסדות רפואיים המבוססים באמצעותה, עולה כי התשלום הממוצע לתובע עלה בכ-260% בשנים 2005-2011; גם מספר התביעות עלה ב-13% בשנים 2005-2011. ניהול התביעות כרוך בהוצאות ששיעורן כ-40% מסך הפסיקות וכך חלק גדול מהפסיקות אינו מגיע לחולה הניזוק ואינו מוצא לצורכי בריאות.

-
- 13 נזקים יאטרוגניים: השפעות בריאותיות שליליות הנגרמות במהלך טיפול רפואי או פעולת אבחון, לא בהכרח בעקבות טעויות בטיפול, אלא גם כתופעה הנלווית לטיפול.
- 14 המונח "רשלנות רפואית" מתייחס להיקף התביעות המוגשות בתחום, לעלויות בגין התביעות הללו, להשלכותיהן וכדומה. עצם הגשתן אינו מלמד בהכרח על קיומה או על אי-קיומה של רשלנות, וזו נקבעת בפסקי דין על ידי בתי המשפט או במסגרת קובלנה משמעתית במשרד הבריאות.
- 15 בקליפורניה שבארצות הברית בוצע בשנת 1974 מחקר שבחן 140,000 מטופלים שניזוקו בבתי חולים. במחקר זה נמצא כי לאחד מתוך כל 20 מטופלים נגרם נזק; אחד מתוך כל עשרה מטופלים שנפגעו נפטר בעקבות הנזק; אחד מתוך שישה מקרי נזק נגרמו מרשלנות מקצועית. ראו The California Medical Insurance Feasibility Study. המחקר מובא במאמר Tom Baker, The Medical Malpractice Myth, The University of Chicago Press 2005 (להלן - מאמרו של טום בייקר). טום בייקר מתייחס גם למחקר "The Harvard Medical Practice Study" שבוצע בניו יורק בשנת 1984 ובו נמצא כי אחד מתוך 25 מטופלים בבתי חולים ניזוקו מרופאי בתי החולים, וכי ברבע מן המקרים הללו התגלתה רשלנות.
- 16 מדנס סוכנות לביטוח בע"מ היא סוכנות הביטוח המבטחת את מרבית הביטוחים המסחריים כנגד רשלנות רפואית במדינה באמצעות הראל חברה לביטוח בע"מ.

3. אין הערכה כוללת של סך עלות הרשלנות הרפואית בכלל המוסדות הרפואיים במדינה¹⁷. הערכת סך החבות האקטוארית¹⁸ - יתרת התביעות התלויות בגין רשלנות רפואית לסוף 2010 שהוגשו נגד בתי החולים הכלליים הממשלתיים בלבד - הסתכמה בכ-2.35 מיליארד ש"ח, והערכת סך החבות האקטוארית של כל מוסדות הבריאות בבעלות המדינה (בתי חולים כלליים, גריאטריים, פסיכיאטריים, לשכות בריאות והמשרד הראשי) הסתכמה בכ-3.2 מיליארד ש"ח. שיעורי הגידול בעלויות נזקי הרשלנות הרפואית במהלך השנים 2004-2009 היו גבוהים הרבה יותר משיעורי הגידול של הכנסות בתי החולים ומעליית המחיר עבור יום אשפוז.
4. במשך השנים הרחיבה פסיקת בתי המשפט את אחריותם בנוזיקין של בעלי מקצועות הרפואה והמוסדות הרפואיים ואחריות זאת חלה גם על אנשי סיעוד, על פסיכולוגים, על פיזיותרפיסטים ועוד. כן הגדילה הפסיקה את הפיצויים הנפסקים לניזוקים¹⁹ וגם הקשתה את ההערכה האקטוארית ואת שמירת הכספים לטווח הארוך כנדרש.
5. בתי החולים הממשלתיים מכוסים במסגרת הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה בהנהלת ענבל חברה לביטוח בע"מ²⁰ (להלן - ענבל) בדרך של ביטוח עצמי וללא מעורבות מצד חברות ביטוח מסחריות. תשלום לנפגעים בגין תביעות רשלנות מקצועית בבתי החולים הממשלתיים נעשה בשיטת תשלום בפועל בגין עלות התביעות שנפסקו והסכמי פשרה בפועל מתוך תקציבו השנתי של בית החולים, ולא בדרך של רכישת כיסוי ביטוחי, כלומר בשיטת Pay As You Go (להלן - שיטת PAUG). אגף התקציבים במשרד האוצר מתקצב את בתי החולים בנושא רשלנות הרפואית על פי מודל המורכב מ-42% של רמת הסיכון היחסית של בית החולים²¹, מ-38% של ממוצע התשלומים בפועל של מקרי רשלנות בחמש השנים האחרונות²², ומ-20% על פי ציון ניהול סיכונים²³. החיוב של חשבות משרד הבריאות נעשה על פי תשלום התביעות הלכה למעשה של כל בית חולים. רוב קופות החולים, בתי החולים הציבוריים ובתי החולים הפרטיים מבוטחים בחברות ביטוח מסחריות.
6. לאחרונה חלו שינויים לרעה בסוגי הפוליסות המוצעות למוסדות המבוטחים, תנאי הפוליסות הוקשחו ועלותן גדלה. כאשר הוצאותיו של מוסד רפואי בגין רשלנות רפואית עולות, תעלה בוודאות גם הפרמיה שישלם המוסד למבטחת בשנה שלאחר מכן. לפיכך החלו כמה מוסדות רפואיים לבטח את פעילותם כנגד רשלנות רפואית באמצעות הקמת קרן פנימית לביטוח עצמי (להלן - ביטוח עצמי) תוך כדי שמירת הכספים והשקעתם. קרן זו מיועדת לשלם הוצאות בגין תביעות רשלנות רפואית עד גובה סכום מסוים. לרוב רוכשים מוסדות אלו רובד ביטוחי נוסף (ביטוח קטסטרופות) בחברת ביטוח מסחרית.
-
- 17 על פי דוח חברת מארש, חברה מאנגליה שהיא חברת בת של חברה אמריקנית, אשר שכר משרד האוצר ושפרסמה את מסקנותיה ב-2007, הערכת סך תשלומי הפרמיות השנתיות בנושא רשלנות רפואית בישראל היא 5.2-1.2 מיליארד ש"ח נכון ל-2006. לדעת גורמים רבים הערכה זו הכוללת פער בלתי סביר אינה מהימנה כפי שיפורט בהמשך.
- 18 היתרה כוללת הערכות לגבי תביעות שנפתחו ב-2010 ועדכון ההפרשה בגין תביעות שנפתחו בשנים קודמות.
- 19 במקרה קיצוני נפסקו אף 16 מיליון ש"ח לחולה אחד.
- 20 ענבל חברה לביטוח בע"מ היא חברה ממשלתית בבעלות מלאה של ממשלת ישראל, ועיקר עיסוקה הוא הספקת שירותי ייעוץ, כיסוי ביטוחי ושירותים פיננסיים עבור ממשלת ישראל. בין היתר מנהלת ענבל את הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה המטפלת בתביעות המוגשות כנגד מוסדות משרד הבריאות, וביניהן כלולות תביעות בגין אחריות מקצועית. החברה פועלת בכפיפות לאגף החשב הכללי באוצר.
- 21 על פי מודל שקבעה ענבל המיושם זה כמה שנים. המודל מורכב מחלקו של בית החולים בתפוסת מיטות, לידות, קבלת חולים למחלקות לב וחזה ולמחלקות הניירוכירורגיה.
- 22 ממוצע התשלומים ששולמו בפועל (שיטת PAUG) בגין תביעות בחמש השנים האחרונות.
- 23 ציון הניתן לכל בתי החולים על ידי היחידה לניהול סיכונים בענבל, ומורכב מציון בגין דיווח על אירועים חריגים ומציון הניתן בגין תשתיות ופעילות היחידה לניהול סיכונים בבית החולים.

7. בתחום הגינקולוגיה והמיילדות הבעיות של תביעות בגין רשלנות חמורות יותר מבשאר התחומים: חלקן היחסי של תחום זה מסך תביעות האחריות המקצועית הוא כ-30% מבחינת מספר התביעות ו-50% מבחינת עלותן. חוק ההתיישנות, התשי"ח-1958 (להלן - חוק ההתיישנות), קובע כי תקופת ההתיישנות בנוזקין היא שבע שנים לאחר התרחשות האירוע שבגינו מוגשת התובענה. בחישוב תקופת ההתיישנות אין מחשיבים את הזמן שבו טרם מלאו לתובע 18 שנה, באופן שבגין נזק שנגרם בלידה יכול היילוד להגיש תביעה לאחר 25 שנה²⁴.

8. העלייה בעלויות התביעות בגין רשלנות רפואית וכן השאיפה המקצועית-רפואית להפחית הסתברות לרשלנות מחייבות את המוסדות הרפואיים להגביר את העיסוק בנושא ניהול הסיכונים ברפואה. לשם כך הקימו מוסדות אלה, מערכות של ניהול סיכונים העוסקות בשני נושאים עיקריים: (א) ניהול סיכונים משפטיים: ריכוז המידע באשר לאירועים חריגים²⁵ שהתרחשו וצמצום הנזק העלול להיגרם למוסד עקב תביעה עתידית, זאת באמצעות תיעוד האירועים ושמירת המסמכים לעתיד, בחינת החבות הנזיקית והאפשרות שתוגש תביעה עתידית ובחינת עילה לדין משמעתי או פלילי נגד הצוות הרפואי; (ב) ניהול סיכונים מקצועיים: הבטחת איכות ובטיחות ברפואה, דיווח על טעות שהתגלתה והסקת מסקנות למניעת הישנות אירועים ללא קשר לאפשרות שתוגש תביעה.

9. התחקירים, הדיונים והמסמכים הנערכים במסגרת ניהול הסיכונים עלולים לשמש בהליכים משמעתיים ומשפטיים עתידיים נגד הצוות הרפואי, והדבר פוגע בכוננות הגורמים הרפואיים המעורבים לשתף פעולה בעת חקירת אירוע, כך פוחתים הסיכויים להפיק לקחים ולשפר את הטיפול הרפואי; בגין העלייה בהיקף התביעות, הפכה הרפואה להיות "רפואה מתגוננת", כלומר נפוצות יותר תופעות דוגמת הפְּנִיָה למפגשי ייעוץ רפואיים רבים וביצוע יתר של בדיקות ותצלומים. עקב כך גדלות ההוצאות על בדיקות רפואיות, גדלים תקציבי מערכת הבריאות, גדלה ההוצאה הלאומית וגם הפרטית לבריאות וגדלה אי-השוויוניות; יש גם חשש כי רופאים יימנעו מלפנות להתמחות בתחומים בעלי סיכון רב לתביעות, דבר שיגביר המחסור ברופאים הקיים ממילא.

10. הליכי בירור ומשמעת המתנהלים במשרד הבריאות, מתבצעים במשך שנים רבות, והמסקנות מתקבלות שנים לאחר התרחשות האירוע. בכך יש עינוי דין לחולים ולצוותים הרפואיים; ירידה באמון הציבור בפעילות המשרד; חשש שהריחוק מהאירוע יפריע להסקת מסקנות ראויה וכן עיכוב בהסקת מסקנות מערכתיות המתבקשות מהאירוע.

במהלך השנים דנו ועדות שונות בהיבטים הנוגעים לרשלנות רפואית ופרסמו את מסקנותיהן: הוועדה לבדיקת האחריות לפגיעה בטיפול הרפואי (להלן - ועדת קלינג) משנת 1999; ועדת בן דוד וברודט משנת 1999; ועדת חלמיש משנת 2003 (שלא גיבשה דוח סופי); הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (להלן - ועדת אמוראי) משנת 2003; הוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית (להלן - ועדת שפניץ) משנת 2005; דוח חברת מארש - בחינה וסקר היתכנות: פתרונות שוק חלופיים (AMS)²⁶ עבור כיסוי חבות רשלנות רפואית במדינת ישראל משנת 2007 (להלן - דוח מארש).

לנוכח תמונת המצב של הנזקים הנגרמים למערכת הבריאות בדק משרד מבקר המדינה מינואר ועד דצמבר 2011 נושאים הקשורים לרשלנות רפואית ובכלל זה: מידת יישום מסקנות והמלצות של הוועדות שהוקמו כדי להקטין את ההוצאה הלאומית שמקורה בתביעות רשלנות רפואית; מודלים שונים שהוצעו לפתרון בעיות וכשלים בתחום הרשלנות הרפואית והמכשולים ליישומם; היעדר חובת ביטוח על מוסדות רפואיים; מעבר מוסדות רפואיים לביטוח עצמי ומידת הפיקוח של המדינה

24 במקרים נדירים אף מאריכים בתי המשפט את תקופת ההתיישנות מסיבות שונות.
 25 אירוע חריג הוא מהלך, התפתחות או תוצאה לא רצויים או לא מתוכננים בתהליך טיפול רפואי, ובכלל זה כל הפעולות הקודמות לתהליך הטיפול ולאלה שבאות לאחריו, שהסתיימו בנזק או שעלולות היו להסתיים בנזק פיזי או נפשי. ההגדרה לקוחה מאתר האינטרנט של הסוכנות.
 Alternative Market Solution 26

על ביטוח זה; סוגיות הקשורות לביטוח הפרקטיקה הפרטית²⁷ של רופאים; הסתמכותם של בתי חולים פרטיים על ביטוחי הפרקטיקה הפרטית של הרופאים ועקב כך סבסוד צולב בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית; פעולות מערכי ניהול הסיכונים במוסדות רפואיים שונים; מידת השיתוף והעברת המידע בין מערכי ניהול הסיכונים במוסדות הבריאות למשרד; השינוי שחל בהליכי דיווח על אירועים חריגים ובתחקור הרפואי לנוכח היעדר חיסיון על דיווחים; מידת קיומו של חינוך באקדמיה לנושא של בטיחות בטיפול וניהול סיכונים; פעילותו של נציב תלונות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות (להלן - נציב התלונות).

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד); בארבע קופות החולים (להלן - הקופות) - שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית); בענבל, במשרד האוצר - באגף התקציבים, באגף החשב הכללי ובאגף שוק ההון, ביטוח וחסכון (להלן - המפקח על הביטוח); בהסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י); ובמשרד התעשייה, המסחר והתעסוקה (להלן - התמ"ת) - ברשות ההגבלים העסקיים. נעשו בירורים בכמה בתי חולים, בכמה חברות ביטוח מסחריות, במשרד המשפטים, בלשכת עורכי הדין בישראל (להלן - לשכת עורכי הדין), באיגוד המקצועי למיילדות וגינקולוגיה של הר"י²⁸ ובכל הפקולטות לרפואה באוניברסיטאות.

העלייה בתביעות רשלנות רפואית

העלויות הגדלות בגין תביעות רשלנות רפואית

חיסכון אפשרי בגין ביטוח עצמי (על פי חברת מארש)

על פי חברת מארש, תשלומי התביעות של כלל מערכת הבריאות בישראל נמוכים במידה רבה מסך עלות הפרמיה המשולמת. אפילו ההנחה המזערית של עלויות הפרמיות בסך של 1.2 מיליארד ש"ח לעומת תשלום תביעות בסך 330 מיליון ש"ח ב-2006 מביאה לדעת מארש לאפשרויות חיסכון של עד 870 מיליון ש"ח מדי שנה אם מדינת ישראל תבצע ביטוח עצמי לכלל מערכת הבריאות. כמו כן קבעה מארש כי יש להביא בחשבון גם כיסוי עלויות נוספות עבור ניהול, הוצאות משפטיות וכדומה, הוצאות שיגיעו להערכתה לכדי 240 מיליון ש"ח (20% מעלות התביעות). לפיכך יגיע סך כל עלות ההוצאות ותשלום התביעות ל-570 מיליון ש"ח.

לכאורה על בסיס ההשוואה בין העלות המזערית של הפרמיות בסך 1.2 מיליארד ש"ח לתשלום תביעות של 570 מיליון ש"ח, העריכה מארש כי מדינת ישראל יכולה לחסוך מדי שנה עד 630 מיליון ש"ח אם תבצע ביטוח עצמי לכלל מערכת הבריאות.

יצוין כי גורמים רבים במערכת הבריאות מסתייגים מהחישובים שערכה מארש: מחשבות משרד הבריאות נמסר למשרד מבקר המדינה באפריל 2011 כי דוח מארש אינו מעודכן ואינו נותן תמונה מייצגת של העלויות; אגף התקציבים במשרד האוצר כתב בדצמבר 2011 כי על פי חישובי מארש,

27 ביטוח עיסוקו של הרופא בפרקטיקה פרטית לאחר שעות העבודה אצל המוסדות הרפואיים המעסיקים.
28 האיגוד המקצועי למיילדות וגינקולוגיה של הר"י עוסק במסגרת הר"י בעניינים מקצועיים ובהכשרת רופאים בכל התחומים של מיילדות, גינקולוגיה ופרייון.

עלות ביטוחי הרשלנות הרפואית בכלל מערכת הבריאות בסך 1.2-5.2 מיליארד ש"ח לשנה הם הערכות יתר; הכללית לעומתם כתבה כי החישוב שערכה מארש ושהתבסס על תשלום פרמיות, אינו כולל מוסדות שבבעלותם קרן פנימית לביטוח והם אינם משלמים פרמיה; הסוכנות כתבה כי ההנחות העומדות בבסיסו של דוח מארש שגויות וכי ההערכות התבצעו ללא תשתית אקטוארית מתאימה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי לנוכח העובדה שהגורמים הממשלתיים מסתייגים ממסקנות דוח מארש, היה ראוי שיהיו בידהם נתונים מוסכמים ואמינים אחרים. אך מידע כזה לא קיים, והדבר מלמד כי בידי משרדי הבריאות והאוצר אין נתונים שמהם ניתן לקבל הערכה על העלויות הכוללות של הרשלנות הרפואית במדינת ישראל.

יתרת התביעות התלויות כנגד מוסדות רפואה: היעדר מידע

1. יתרת התביעות כנגד כלל המוסדות הממשלתיים: מנתוני המשרד עולה כי יתרת התביעות התלויות בגין רשלנות רפואית לסוף 2010 שהוגשו נגד בתי החולים הכלליים הממשלתיים היא כ-2.35 מיליארד ש"ח²⁹. המשרד כתב למשרד מבקר המדינה באפריל 2011 כי אומדן החבות האקטוארית הכוללת של המדינה - הערכת התביעות התלויות כנגד בתי החולים הממשלתיים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים, לשכות הבריאות והמשרד הראשי מסתכמת בכ-3.2 מיליארד ש"ח נכון לדצמבר 2010³⁰. הערכה זו אינה כוללת את חבות קופות החולים, בתי החולים הציבוריים ובתי החולים הפרטיים.

למשרד ולשום גורם אחר במדינה אין, אם כן, נתונים באשר לחבות האקטוארית הכוללת של כל המוסדות הרפואיים במדינה. מצב בלתי סביר זה אינו מאפשר הליך קבלת החלטות ראוי של המיניסטרו. מן הראוי כי המשרד יאסוף נתונים עדכניים מכל מוסדות הרפואה על עלות הרשלנות הרפואית במדינה. נתונים אלו ישמשו מסד ותשתית לכל דיון והחלטה בנושא.

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי מצב דברים זה של מחסור במידע באשר לעלות הרשלנות הרפואית, גם אינו מאפשר קביעת תעריפים נאותים במערכת הבריאות, ובין השאר עדכון שוטף של סל הבריאות ובכלל זאת בתחום המיילדות והטיפול בפגים.

2. יתרת התביעות נגד קופות החולים והמוסדות הלא ממשלתיים: כאמור, אין למשרד הבריאות ולמשרד האוצר גם הערכה של החבות האקטוארית הכוללת של קופות החולים, של בתי החולים הציבוריים ושל בתי החולים הפרטיים.

המשרד כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי בתי החולים הגדולים וקופות החולים התאימו לאחרונה את דיווחיהם לתקן חשבונאות מס' 18 - דיווח אחיד, ולפיו הם נדרשים לדווח

29 מתוך ניתוח פיננסי ל-2010 של בתי החולים הכלליים הממשלתיים ושל תאגירי הבריאות, עמ' 56.
 30 האומדן מתבסס על הרכיבים האלה: (א) הערכת התביעות התלויות כנגד בתי החולים הממשלתיים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים בגין השנים 1985-2010 בסך 2.27 מיליארד; (ב) הערכת התביעות התלויות כנגד לשכות הבריאות בשנים 1985-2010 בסך 754 מיליון ש"ח; (ג) אומדן עלויות בגין אירועים לפני 1985 שטופלו בעבר על ידי מבטחים חיצוניים שסירבו להמשיך ולטפל בסך 167 מיליון ש"ח; (ד) יתרות תלויות בסך 3 מיליון ש"ח בגין תביעות נזק לרכוש מטופלים והגנה משפטית.

בדוחותיהם הכספיים על היתרה האקטוארית של הרשלנות הרפואית³¹. לדבריו החל בדוחות הכספיים של שנת 2010 נדרשו המוסדות, שתקן זה חל עליהם, להציג את האקטואריה של הרשלנות הרפואית.

מהאמור עולה כי תקן חשבונאות מס' 18 אינו מחייב את בתי החולים הפרטיים, ולפיכך אין למשרד מידע על חבותם האקטוארית; התקן חל על בתי החולים הציבוריים, אולם בביקורת לא נמצא כי מידע על חבותם האקטוארית היה ברשות המשרד עד מועד סיום הביקורת; לפיכך אין בידי המאסדר מידע מרוכז באשר לכלל החבות האקטוארית של כל המוסדות הרפואיים במדינה.

עלייה בתשלומים לנפגעים בגין רשלנות רפואית

העלייה בעלויות בגין תביעות רשלנות רפואית כנגד המדינה להלן מובאים נתונים שמסר המשרד על התשלומים בפועל לתביעות בגין רשלנות רפואית כנגד המדינה (כולל בתי החולים הממשלתיים הכלליים, הפסיכיאטריים, הגריאטריים, לשכות הבריאות המחוזיות והמשרד הראשי), בשנים 2002-2008:

מס' ש"ח	משרד הבריאות** (באלפי ש"ח)	לשכות הבריאות המחוזיות (באלפי ש"ח)	בתי חולים גריאטריים (באלפי ש"ח)	בתי חולים פסיכיאטריים (באלפי ש"ח)	בתי החולים הממשלתיים הכלליים (מחירים נומינליים)*	שנה
3,063	4,146	111	1,295	116	2002	
529	6,163	111	1,614	79	2003	(-32%)
945	5,842	83	628	101	2004	(28%)
1,290	13,205	233	1,805	116	2005	(15%)
775	20,533	24	2,360	136	2006	(17%)
2,879	17,841	133	2,587	144	2007	(6%)
3,191	33,656	198	3,874	154	2008	(7%)
3,666	41,197	49	2,300	169	2009	(10%)
	32,077	281	2,573	153	2010	(-9%) ***

* בסוגריים שיעור העלייה או הירידה בהשוואה לשנה קודמת.
** כולל תביעות נגד המכון לרפואה משפטית ונגד המכון לביקורת ותקנים.
*** בשנת 2010 חלה ירידה של כ-9% בהוצאות בגין רשלנות רפואית, אולם מכיוון שתביעות משפטיות מתפרשות על פני טווח של עשרות שנים, ירידה חד-פעמית זו אינה מלמדת על מגמה כלשהי בשיעור ההוצאות לרשלנות רפואית במרכזים הרפואיים. מתוך דוח פיננסי 2010 של משרד הבריאות.

31 תקן חשבונאות מס' 18 (2009) "דיווח כספי על ידי בתי חולים ציבוריים וקופות חולים" חל על בתי החולים הציבוריים ועל תאגידי הבריאות שבשליטתם, על קופות החולים, על גופים המעניקים שירותי בריאות בשליטתן של קופות החולים ועל תאגידי אחות של קופות החולים. התקן כולל כללי חשבונאות ודיווח אחידים שיאפשרו עריכת השוואות והקצאה יעילה של המשאבים המשותפים. התקן אינו חל על בתי חולים פרטיים.

משרד הבריאות מצא שאי-אפשר לחזות מראש, משנה לשנה, את הוצאות בתי החולים בגין רשלנות רפואית. בתי החולים פועלים באי-ודאות ומתקשים לתכנן את הוצאותיהם בסעיף זה אשר הולך וגדל לאורך השנים והופך למורגש יותר ויותר בתוך כלל ההוצאות של בתי החולים.³²

העלייה בעלויות בגין תביעות רשלנות רפואית אצל המבטחת העיקרית (באמצעות הסוכנות)³³

הנתונים שמסרה הסוכנות המבטחת כאמור את רוב הגורמים המסחריים נגד רשלנות רפואית במדינה לרבות מרבית קופות החולים (ראו להלן בנושא היעדר תחרות וריכוזיות יתר בשוק ביטוחי הרשלנות המקצועית) באשר למבוטחיה בביטוחי רשלנות רפואית, מלמדים על עלייה מתמדת בתשלום הממוצע לתובע ברשלנות רפואית. התשלום הממוצע לתובע בכלל תביעות הרשלנות הרפואית בשנת 2005 היה 52,629 דולרים ובשנת 2011 היה 137,144 דולרים; התשלום הממוצע לתובע בתביעות מיילדות בשנת 2005 היה 137,523 דולרים ובשנת 2011 היה 327,841 דולרים.

הנה כי כן חלה עלייה ניכרת במשך השנים בעלויות בגין תביעות בנושא רשלנות רפואית כנגד מוסדות הבריאות, ובייחוד בתחום המיילדות לרבות נגד טיפות החלב המבצעות מעקב היריון.

לשכת עורכי הדין כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי בחישוב העלייה בעלויות הנובעות מרשלנות רפואית יש להביא בחשבון גם את גידול האוכלוסין במדינת ישראל. לדבריה אין זה נכון לומר כי בעבר לא היו תופעות של רשלנות רפואית בארץ, אלא שהציבור לא היה מודע להן. עלייה במודעות הציבורית, התפתחות דיני הנזיקין ושכירה חלקית של קשר השתיקה של הרופאים הביאו להתפתחות הגשת תביעות בתחום זה, בדומה להתפתחות בתחומי משפט אחרים כגון תובענות ייצוגיות, תביעות בנושאי איכות הסביבה וחומרים מסרטנים. תביעות של קטינים מוגשות כיום (בגין רשלנות לפני הלידה, במהלכה או בילדות) בגין אירועים שהתרחשו בעבר עד לפני 25 שנה.

הסוכנות כתבה בנובמבר 2011 כי הניסיון בארצות הברית מלמד כי הדרך היחידה להתמודד עם "משבר הרשלנות הרפואית" היא רפורמה חקיקתית. לדברי הסוכנות פעילויות ניהול סיכונים, חשובות ככל שיהיו, לא יוכלו להדביק את ההתפתחויות החברתיות-משפטיות הגורמות לגידול בהוצאה הלאומית בתחום.

העלייה במספר התביעות המוגשות במהלך השנים

מספר התביעות המוגשות נגד המדינה בגין רשלנות רפואית

מנתוני המשרד עולה כי במהלך השנים חלה עלייה במספר התביעות המוגשות לבתי המשפט ובדרישות הכספיות מחוץ לבית המשפט כנגד המדינה (כולל בתי החולים הממשלתיים הכלליים, הפסיכיאטריים, הגריאטריים, לשכות הבריאות המחוזיות והמשרד הראשי). בשנת 2005 הוגשו 600 תביעות נגד המשרד, ובשנת 2010 כ-735 תביעות, דהיינו עלייה של 22% בחמש שנים. משרד

32 מתוך ניתוח פיננסי ל-2010 של בתי החולים הכלליים הממשלתיים ושל תאגידי הבריאות, עמ' 56.

33 הנתונים נמסרו מהסוכנות.

האוצר מסר כי חלה עלייה בייחוד בתביעות נגד לשכות הבריאות המחוזיות המפעילות את תחנות טיפת החלב בעיקר בשל העלייה בתביעות בגין רשלנות בעת מעקב היריון.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר וענבל כתבו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי מתוכנן ניסוי חלוץ (פיילוט) בטיפות החלב בשיתוף הנהלת מחוז צפון של משרד הבריאות במטרה לשפר את איכות הטיפול שמעניקות התחנות ולהגביר את הבטיחות במעקב ההיריון לצורך צמצום הסיכון לרשלנות רפואית. לאחר ניסוי החלוץ תיבחן האפשרות ליישמו בפרסה ארצית.

מספר התביעות המוגשות נגד המוסדות הרפואיים המבוטחים בביטוח מסחרי באמצעות הסוכנות

הנתונים שמסרה הסוכנות, באשר למבוטחיה בביטוחי רשלנות רפואית, משקפים עלייה מתמדת במספר התביעות המוגשות לבתי המשפט ובדרישות התשלום המוגשות לסוכנות. בשנת 2005 הוגשו 1,054 תביעות לבית המשפט, ובשנת 2011 הוגשו 1,196 תביעות, דהיינו עלייה של כ-13%. העלייה במספר התביעות אינה מצביעה בהכרח על גידול במספר האירועים החריגים שהתרחשו, אלא על הצטברות של תביעות המוגשות מדי שנה, ובכלל זאת בגין אירועים שהתרחשו בעבר ועד 25 שנים לאחור.

הסוכנות כתבה כי השילוב בין הגידול במספר התביעות לבין הגידול בעלות הממוצעת של כל תביעה הביא לגידול של 460% בתשלומים השנתיים ששילמו המבוטחים בשנת 2010 לעומת שנת 2000 ולגידול של 228% בשנת 2005 לעומת שנת 2010 (במונחים דולרים נומינליים). כמו כן, גדלו ההערכות הכספיות באשר לתביעות הידועות והתלויות ב-430% בהשוואה בין שנת 2000 לשנת 2010. בשנת 2005 בהשוואה ל-2010 גדלו ההערכות ב-200%³⁴.

חלה אפוא עלייה ניכרת במשך השנים במספר התביעות המוגשות נגד מוסדות הבריאות הממשלתיים, בייחוד בתחום טיפות החלב ונגד מוסדות הבריאות המבוטחים על ידי הסוכנות.

בביקורת נמצא עוד כי בידי משרד הבריאות ומשרד האוצר אין נתונים על אודות העלות הכוללת של רשלנות רפואית, למעט הערכות כלליות המציגות הפרשים ניכרים בין ההערכות שביצעה חברת מארש כאמור לעיל. מלבד המידע הקיים באשר להוצאות על תשלומי תביעות של בתי החולים הממשלתיים הכלליים, הגריאטריים והפסיכיאטריים ולשכות הבריאות המחוזיות, אין למשרד מידע באשר לעלויות הרשלנות בבתי החולים הפרטיים והציבוריים. אין בידי המשרד גם הערכה באשר לחבות האקטוארית של כל המוסדות הרפואיים במדינה³⁵ אלא הערכה אקטוארית של המוסדות בבעלות המדינה בלבד. משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי מידע חסר אינו יכול לשמש בסיס לקבלת החלטות הנדרשות בתחום חשוב זה.

34 התשלומים וההערכות הכספיות אינם כוללים הערכות לגבי התביעות הצפויות לאותן שנים באשר לאירועים שטרם דווחו (IBNR).

35 ברוח מארש לא נבחנה הערכה האקטוארית של כל המוסדות הרפואיים במדינה.

הגדלת החבות בגין רשלנות רפואית: מגמות מחמירות בפסיקה

במהלך חמש עשרה השנים האחרונות הרחיבה פסיקת בתי המשפט את האחריות בנוזיקין של בעלי מקצועות הרפואה והמוסדות הרפואיים בכמה תחומים: 1. הוחמרה חובת ההתעדכנות כאשר לידע הרפואי הקיים; 2. נקבעה חובה על הרופאים לנהוג על פי הפרקטיקה הרפואית המחמירה הנוהגת באותו מוסד רפואי שנגדרו הוגשה תביעה, אף שבבתי חולים אחרים בארץ נוהגים בפרקטיקה מחמירה פחות; 3. הוחמרה הגישה לנושא הסכמה מדעת המעוגנת בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה)³⁶. במסגרת זו החמירה הפסיקה את הנטל המוטל על הרופא לקבל את הסכמת החולה לביצוע פעולה רפואית או לאי-ביצועה על אף הסיכונים הכרוכים בכך. זאת עד כדי הטלת חובה על הרופאים, גם כאלו העובדים במסגרת הציבורית, להסביר למטופליהם על בדיקות ועל טיפולים מחוץ לסל שירותי הבריאות, שניתן לבצעם באופן פרטי בארץ או בחו"ל, גם אם אינם נכללים ברשימת הבדיקות שהומלצו במועד מסוים על ידי המשרד או על ידי האיגוד המקצועי הרלוונטי של הר"ר³⁷; 4. הורחבה האחריות אגב קביעת עילת תביעה של "פגיעה באוטונומיה", דהיינו פגיעה ביכולתו של החולה לקבל החלטה כאשר לטיפול רפואי שיבוצע בו למשל בשל היעדר מידע אודות מצבו³⁸.

הפסיקה בשנים האחרונות גם הגדילה את סכומי הפיצויים הנפסקים לתובעים בנוזיקין³⁹ לפי ראשי נזק⁴⁰ קיימים וחדשים; לדוגמה: בגין "אברן שכר בשנים האבודות"⁴¹ הוסיפה הפסיקה זכות לפיצויים בגין אברן יכולת השתכרות עתידית של ניזוק שתוחלת חייו קוצרה ואף לעיזבון של ניזוק, באופן שפוסקים גם סכומים שאותם יכול היה הניזוק להשתכר אילו לא היה ניזוק⁴²; הפסיקה קבעה פיצוי לניזוק על בסיס שכר ממוצע במשק לקטין, שלא לפי פסיקה על פי שיוך אתני-מגדרי-מגזרי כפי שהיה נהוג קודם⁴³; גם ב"ראש הנזק" הלא ממוני של "כאב וסבל" חל גידול במשך השנים מעבר לאינפלציה.

בהיבט הראייתי, בחמש עשרה השנים האחרונות נוטים בתי המשפט להעביר את נטל ההוכחה לנתבע במצבים רבים יותר מבעבר ובכך להקל על התובע להוכיח רשלנות. כך למשל במקרים שאין בהם רשומה רפואית כאשר לאירוע שהתרחש או שהרשומה אינה מלאה, בית המשפט מעביר את נטל השכנוע אל המוסד הרפואי להוכיח כי לא התרשל, ועל בסיס זה מתקבלות תביעות רבות.

36 סעיפים 13-16.
 37 ע"א 4960/04 ערן סידי ואח' נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית ואח', תק-על 2005 (4) 3055.
 38 ע"א 2781/93 מאיסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה, תק-על (3) 574; ע"א 9936/07 מאיה בן דוד ואח' נ' ד"ר ענטבי ואח', תק-על 2011 (1) 2443.
 39 בשנת 2009 חויבה עיריית תל אביב בפיצוי בסך 16 מיליון ש"ח לתובע שסבל משיתוק מוחין אחרי שהצוות הרפואי בבית החולים רוקח התרשל באבחון התייבשות בשנת 1976, ת"א (תל אביב-יפו) 1273/00 דוד שחר ארגי' נ' שירותי בריאות כללית ואח', תק-מח 2009 (3) 12024; נפסק גם פיצוי בסך 12 מיליון ש"ח בעקבות רשלנות באבחון מחלה תורשתית בעובר, ראו ת"א (באר שבע) 1204/02 פלונית ואח' נ' פרופ' צ'מקה משה ואח', תק-מח 2008 (3) 15126. לאחר פסק הדין הגיעו הצדדים לפשרה על סכום הפיצוי; הסוכנות מסרה על תשלום בשנת 1994 של 12 מיליון ש"ח בגין פגיעה נוירולוגית קשה שנגרמה למנותחת בעקבות ניתוח.
 40 ראשי נזק הם סוגי נזקים שבגינם פוסק בית המשפט פיצויים לניזוק.
 41 ע"א 140/00 עיזבון המנוח מיכאל אטינגר ז"ל ואח' נ' החברה לשיקום ופיתוח הרובע היהודי ואח', פ"ד נ"ח (4) 486 משנת 2004.
 42 על פי מדנס בעקבות "הלכת השנים האבודות" חל גידול בפיצוי שנפסק במקרים של פטירת ילדים.
 43 ע"א 10064/02 מגדל נ' אבו חנא ואח'. תק-על 2005 (3), 3932.

עקב השינויים וההחמרה בפסיקת בתי המשפט, הגדלת הפיצויים הנפסקים לניזוקים והעלייה בהיקפי התביעות המוגשות בעקבות מקרי רשלנות רפואית, גדלה ההוצאה הלאומית בגין תביעות רשלנות רפואית של כל מערכת הבריאות.

עלייה ברפואה המתגוננת וחשש מביצוע פעולות מסוכנות

עלייה בתופעת ה"רפואה המתגוננת"

לאווירה של ריבוי תביעות על רשלנות רפואית תוצאות שליליות הפוגעות באינטרס הציבורי. חשש מפני תביעות מביא לרפואה מתגוננת - רפואה שאינה מונעת משיקולים מקצועיים-רפואיים. חשש זה מביא את הרופא לידי ביצוע פעולות נוספות במטרה לחזק את החלטותיו כגון הפניית יתר לייעוץ רפואיים, ביצוע יתר של בדיקות, תצלומים (כגון תצלומי רנטגן), ניתוחים (כגון ניתוח קיסרי) שלא היו נעשים אלמלא מוראה של תביעת רשלנות. ראש האגף למדיניות רפואית בהר"י מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי קיימת הנחה שכל פעולה רפואית, אבחונית או טיפולית, כרוכה בסיכון לגרימת נזק בשל תקלה בפעולה או בשל רגישות לתרופות. לפיכך לדבריו כל בדיקה מיותרת עלולה לגרום לסיבוך רפואי, ובמקרה שהתשובה אינה ברורה עלולה לגרום ביצוע בדיקות מיותרות נוספות, שעלותן גם הן לגרום לנזקים. היכולת המתקדמת של אמצעי האבחון המעבדתיים ואמצעי הדימות מביאים לגילוי באקראי של ממצאים נוספים, שלא לכולם יש משמעות טיפולית.

פגיעתה של רפואה מתגוננת כפולה: היא חושפת את החולים לנזקים עקב בדיקות וטיפולים מיותרים, והיא באה על חשבון המקורות הכספיים שנועדו לצורכי ריפוי. כך נגרמות הוצאות גבוהות לתקציבי מערכת הבריאות, הסובלים ממילא ממחסור. יתרה מכך, הגידול במספר הפעולות, בעיקר בתחום המיילדות, שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, מגדיל גם את ההוצאה הפרטית לבריאות, את אי-השוויוניות ואת ההוצאה הלאומית לבריאות.

קשה לאמוד את היקף הרפואה המתגוננת⁴⁴, מאחר שניתן להצדיק פעולות רפואיות כנקיטת משנה זהירות גם במקרים שאין הדבר הכרחי. ממחקר בנושא רפואה מתגוננת⁴⁵ מטעם מועצת הבריאות שנערך באפריל-יוני 2008 בקרב מדגם מייצג של 889 מומחים ממקצועות הרפואה השונים עולה כי 60% מהרופאים דיווחו כי נטייתם לנקוט רפואה מתגוננת גברה בשנים האחרונות; 86% טענו כי ריבוי התביעות מגביל את יכולת הרופאים להעניק טיפול רפואי מיטבי; 59% דיווחו כי הם מפנים לבדיקות רבות יותר כתוצאה מרפואה מתגוננת; נגד 25% הוגשה בעבר תביעה בגין רשלנות רפואית; 39% רואים בכל חולה פוטנציאל לתביעה בגין רשלנות רפואית; 52% חושבים שבמציאות ה"מדיקוליגלית" בארץ לא צריך לדווח על טעויות שנעשו בטיפול, אלא אם כן יובטחו חיסיון או חסינות משפטית; 55% העריכו כי העלות השנתית במרפאתם או במחלקתם עלתה בשנים האחרונות עקב רפואה מתגוננת; 81% שיערו כי רפואה מתגוננת משפיעה על מקבלי החלטות של קופות החולים.

אחת הדוגמאות המוחשיות לעלייה ברפואה מתגוננת היא העלייה בשיעור הניתוחים הקיסריים. מנתונים שמסר האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 עולה כי שיעור הניתוחים הקיסריים עלה מ-15% מכלל הלידות ב-1998 ל-20% בשנת 2008. העלויות

44 גם ברוח ועדת קלינג צוין כי אי-אפשר היה לקבל נתונים על היקף הרפואה ההגנתית או על העלות הנגרמת בשל הרפואה ההגנתית (עמ' 19).

45 מחקר במימון מועצת הבריאות שבוצע על ידי חוקרים מאוניברסיטת בן גוריון בנגב ומהאוניברסיטה העברית בירושלים - אלעד אשר, שרי גרינברג-דותן, שמעון גליק, יונתן הלוי וחיים ראובני.

הכספיות הכרוכות בנייתוחים הללו והנזקים הרפואיים הנגרמים מהם, בייחוד מניתוחים חוזרים, אינם מבוטלים. עוד מסר האיגוד כי העלייה בשיעור הניתוחים הקיסריים לא לוותה בירידה בשיעור פגועי שיתוק המוחין, ירידה שהיה בה כדי להצדיק את העלייה בשיעור הניתוחים.

דוגמה נוספת שמסרה המחלקה לניהול הסיכונים במכבי מתוך הספרות העולמית⁴⁶ היא חשש מביצוע עודף של צנתורים (עד כדי 30%) - פעולה פולשנית הכרוכה בסיכון למטופל עקב קרינה, עקב הכנסת חומר מסוכן לגוף ועקב החדרת צינור לגוף. מכבי כתבה כי אין מידע לגבי נכונות הנתונים, ולכן היא ממליצה שאבחנות הצנתור והפעולות שבוצעו במהלכם ידווחו בצורה מקודדת וייבדקו מול האינדיקציות להפניה. לשם כך יש להקים מערכת ארצית ממוחשבת ואחידה. מכבי כתבה כי היא אכן בוחנת הקמת מרכז לייעוץ, הכוונה ובקרה של ההפניות לבדיקות הדימות בקרדיולוגיה הכרוכות בקרינה מייננת (מיפוי לב וצנתורים).

הר"י כתבה למשרד מבקר המדינה כי על האיגודים המדעיים הרפואיים שלה, המפיצים הנחיות קליניות, להרבות בכתיבת הנחיות, המלצות וניירות עמדה המיועדים לרופאים והמגדירים מהו הטיפול הראוי במצבי חולי שונים⁴⁷. כן יש לדעת הר"י ליצור סביבת עבודה המאפשרת את יישומן של המלצות העבודה, לרבות הקמת מערכות מידע ממוחשבות, נגישות וידידותיות למטפל.

משרד מבקר המדינה מעיר כי בנושא ביצוע יתר של פעולות במסגרת הרפואה המתגוננת, מן הראוי שהאיגודים המדעיים הרפואיים ימשיכו ולהוציא המלצות באשר לטיפול הראוי במצבי חולי שונים וליצור סביבת עבודה המאפשרת את יישומן. על המשרד לדרוש מהמוסדות ומהארגונים להקפיד על יישום המלצות העבודה הללו.

חשש מביצוע פעולות מורכבות

בזכות הטכנולוגיה הקיימת כיום, מתבצעות פעולות מורכבות יותר מבעבר ובמטופלים חולים מורכבים יותר מבעבר (לדוגמה מנותחים חולים ומבוגרים). הפעולות המורכבות הדרושות לטיפול בחולים המורכבים הללו עלולות מטבען להיכשל ולגרור אחריהן תביעות בגין רשלנות רפואית, בין שהן מוצדקות ובין שלא.

שיקול זה עלול לגרום למוסדות הרפואיים ולרופאים לחשוש מלבצע פעולות מורכבות, ובכך לפגוע בחולים ובקידום הרפואה ובהתפתחותה. ראוי שרופא המטפל בחולה יפעל משיקולים רפואיים על פי מיטב מיומנותו. כאשר החשש מתביעת רשלנות רפואית מתערב בשיקוליו של רופא, הוא עלול להימנע מפעולה שנויה במחלוקת, שתועלתה עשויה להיות רבה, גם אם כרוכה בסיכון.

חשש ממחסור ברופאים אם תימשך מגמת התביעות הגדלה

בעקבות העלייה בהוצאות בגין רשלנות רפואית ובעלויות הביטוח כנגדן, יש חשש כי, בדומה למדינות שונות, יימנעו הרופאים מלפנות להתמחות בתחומים בעלי סיכון רב לתביעות, כגון: גניקולוגיה, אורתופדיה, פלסטיקה, ניתוחי גב ונירולוגיה (להלן - תחומים בעלי סיכון מוגבר). מצב כזה עלול להחמיר את המחסור ברופאים בתחומים אלה הקיים ממילא ולהזיק למקצוע הרפואה.

46 Manesh R. Patel, et al., "Low Diagnostic Yield of Elective Coronary Angiography", *The New England Journal of Medicine* (2010) 362: 886-895

47 כגון נייר עמדה שהכין האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה הדין במעקב היריון. אל נייר עמדה זה זורפה טבלה ובה רשימת בדיקות המבוצעות בשגרה או על פי התוויה רפואית.

בארצות הברית לדוגמה החלה תופעה של עזיבת גניקולוגים את המקצוע, וכך נוצר מחסור בגניקולוגים במדינות שונות בארצות הברית - מצב הדורש התערבות ממשלתית.

האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי בארץ, כמו במדינות אחרות בעולם, עומס העבודה והמתח הכרוכים בעבודה בחדר לידה בצירוף העלייה בשיעור התביעות בתחום אכן מרתיעים מתמחים מלהשתלב בעבודה בחדרי לידה, ואף מומחים ותיקים עוזבים. כיום קשה לאייש תקנים פנויים במרבית חדרי הלידה בבתי החולים, וקיים מחסור במומחים במיילדות ובגניקולוגיה בבתי חולים שונים, ובייחוד בפריפריה.

עלויות ניהול התביעות וההליכים המשפטיים

בתביעות בגין רשלנות רפואית נתבעים בדרך כלל גורמים שונים לרבות בתי חולים, קופות ומרפאות פרטיות. כך למשל תביעות המוגשות כנגד המדינה מחייבות תשלום של 10% לעורך דין מטעם המדינה; 20% שכר טרחת עורך הדין התובע; חוות דעת מומחים מטעם כל אחד מהצדדים בסך כ-5% מהתביעה; עלות ניהול התביעה בענבל כ-5%; וסך הכול כ-40%; המשמעות היא שחלק גדול מהסכום שמוציאה המדינה על תשלום בגין רשלנות רפואית, אינו מגיע לניזוק אלא לניהול הוצאות התביעה.

משרד הבריאות השיב בינואר 2011 כי יש צורך לחפש מנגנונים חלופיים לבתי המשפט שיקטינו את סכומי התשלום ושיבטיחו שהכסף יגיע לנפגע.

יוצא שהטיפול בתביעות האחריות המקצועית ברפואה, על ידי גורמים ממשלתיים וציבוריים רבים, בעקבות ההסדרים המשפטיים הקיימים, יקר וגוזל משאבים רבים ממערכת הבריאות ומהנפגעים. יתרה מזו, בסופו של התהליך כ-40% מהפיצויים מוצאים על ניהול הליכי המשפט ולא על ענייני בריאות, ואינם מגיעים לכיסו של הנפגע.

ביטוח רשלנות רפואית

בתי החולים הממשלתיים מכוסים במסגרת הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה המנוהלת על ידי ענבל, וכל בית חולים נושא במלוא העלות מתוך תקציבו השנתי וללא מעורבות מצד חברות ביטוח מסחריות. לעומת זאת מרבית קופות החולים, בתי החולים הציבוריים ובתי החולים הפרטיים מבוטחים בחברות ביטוח מסחריות, רובן על ידי המבטחת העיקרית באמצעות הסוכנות.

בעקבות הקושי להשיג ביטוחי רשלנות רפואית בארץ ובעולם, בעקבות השינויים לרעה שחלו בסוגי הפוליסות המוצעות למוסדות הרפואיים, ובעקבות העלויות המאמירות החלו כמה מוסדות לבטח את פעילותם נגד רשלנות רפואית באמצעות הקמת קרן פנימית לביטוח עצמי המיועדת לתשלום הוצאות בגין תביעות עד סכום מסוים. לרוב רוכשים מוסדות אלו בחברת ביטוח מסחרית רובד ביטוחי נוסף למקרי קיצון (להלן - קטסטרופות) בגין רשלנות רפואית מעבר לסכום שנקבע (לעתים מעל 8 מיליון ש"ח לאירוע).

קופות החולים מסרו למשרד מבקר המדינה בחודשים פברואר-אפריל 2011 כי בתחום ביטוחי הרשלנות הרפואית אין מדובר בקניית סיכון אמיתית כמו בענפי ביטוח אחרים. המבוטחים הם גופים גדולים (בתי חולים וקופות חולים), ולכן ההוצאה בגין תביעות רשלנות רפואית של הגופים הללו היא ודאית בכל שנה. כאשר הוצאותיו של מוסד רפואי בגין רשלנות רפואית עולות, תעלה בוודאות גם הפרמיה שישלם המוסד למבטחת בשנה שלאחר מכן. יוצא אפוא שביטוחי הרשלנות הרפואית אינם לוקחים את הסיכונים מהמוסדות אלא רק "מווסתים" את התשלומים על ידי תשלום פרמיה. ועדת בן דוד וברודט קבעה ב-1999 כי השימוש בביטוח מסחרי לא סייע בביזור מפני שהביטוח אינו מאפשר להעביר את הסיכון המקצועי, אלא משמש לכיסוי תזרימי מזומנים הנדרשים על ידי מבוטחים מסוימים באמצעות העלאת הפרמיות. לפיכך הסיכון נשאר, והוא משולם על ידי המבוטח.

הסוכנות כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי למרות הידיעה שיוגשו תביעות רשלנות רפואית מדי שנה, הרי שמספרן ועלותן של התביעות שיוגשו בגין כל שנת ביטוח עד תום תקופת ההתיישנות אינו ידוע וקשה לחיזוי. לכן הביטוח אינו משמש לכיסוי תזרימי מזומנים בלבד, אלא מהווה העברת סיכון של ממש. עסקאות הביטוח שעשו קופות החולים ובתי החולים הציבוריים והפרטיים חסכו לעתים מאות מיליוני דולרים, ואם היו מכסים עצמם בשיטת PAUG בדומה לבתי החולים הממשלתיים, היו משולמים מתקציב מערכת הבריאות.

מקופות החולים נמסר כי המציאות של תביעות עם "זנב ארוך" (Long Tail), כלומר מצב שבו תביעות רבות מוגשות בפיגור ונמשכות שנים ארוכות, מקשה מאוד על האקטוארים לחזות את ההתפתחויות הכלכליות והמשפטיות לטווח ארוך, להעריך את החשיפה הביטוחית ולתמחר את הסיכון בגין כל שנת ביטוח. לפיכך ולנוכח הצורך לשמור כספים לפרקי הזמן הארוכים הנדרשים, ברוב המקרים מתקשים המוסדות הרפואיים המבוטחים לרכוש פוליסה על בסיס אירוע, כלומר פוליסה המבטחת אירועים המתרחשים בשנת הביטוח⁴⁸ עם הארכת החבות הביטוחית לשנים הבאות (Extended Reporting Period; להלן - ERP). הפוליסות המוצעות מספקות בדרך כלל ביטוח על בסיס יום הגשת תביעה⁴⁹ כלומר מבוטחים מקרים המדווחים או הנחבעים רק בשנת הביטוח. החיסרון בפוליסות מסוג זה הוא היעדר כיסוי לאירועים המתרחשים בשנת הביטוח, אך יגיעו לידיעת המוסד הרפואי וידווחו לחברת הביטוח רק לאחר שנת הביטוח. יצוין כי כמחצית מהאירועים אינם מדווחים בשנת הביטוח אלא מפתיעים כעבור שנים מספר. עובדה זו מקשה להעריך משנה לשנה את צפי התביעות. מכבי מסרה בפברואר 2011 כי בקופות החולים שיעור הדיווח במועד האירוע נמוך בהרבה ממחצית, ומסתכם באחוזים בודדים.

הסוכנות מסרה בנובמבר 2011 כי כל המוסדות הרפואיים הגדולים המבוטחים באמצעותה⁵⁰ מכוסים בפוליסות עם תקופות דיווח מוארכות (ERP)⁵¹, הדומות במהותן לפוליסות על בסיס אירוע המעבירות את הסיכון למבטח. עוד מסרה הסוכנות כי האקטוארים של חברות הביטוח וכן האקטוארים של המבוטחים לא הצליחו בתחזיותיהם, ולכן רושמים מבטחי המשנה הפסדים ניכרים.

ענבל מסרה כי ההתחלפות התדירה של המבטחים בתחום זה שבו זנב התביעות⁵² ארוך, מעוררת חשש מאי-קבלת הכיסוי במלואו במועד שבו יידרש התשלום. כך לדוגמה מבטח, שהיה שותף בתכנית שנה אחת, עלול להידרש לשלם כעבור עשר ועשרים שנה מיליונים רבים בתביעות שיתבררו באותו מועד.

48 Underwriting Basis - פוליסה על בסיס שנת חיתום.
 49 Reporting Basis - פוליסה על בסיס שנת הגשת התביעה; נקראות גם פוליסות Claims.
 50 הכללית, מכבי, מאוחדת, אר"י (ארגון רופאי המדינה) וגורמים נוספים.
 51 כלומר האירוע מבוטח גם אם ידווח לאחר שנת האירוע.
 52 זנב התביעות - התביעות שיוגשו בעתיד כנגד המוסד הרפואי עד תום תקופת ההתיישנות. בתביעות של ילודים נמשך זנב התביעות 25 שנה לאחר האירוע.

ייחודן של התביעות במיילדות והשלכותיהן על שוק הביטוח

תחום הגינקולוגיה והמיילדות הוא, כאמור, בעל מאפיינים ייחודיים מבחינת היקפיו ומגמת העלייה במספר התביעות ובסכומן. התחום כולל מעקב היריון, לידות וטיפול בילוד (ניאונטלי) סמוך לאחר הלידה. בשנים האחרונות גדלו היקפי התביעות המוגשות בתחום זה, עלה סכום כספי התביעות ואף החמירה פסיקת בתי המשפט.

לפיכך התרכו וגדלו בהיקפן גם התביעות נגד קופות החולים הנוטלות חלק בפעולות מעקב ההיריון ונגד טיפות החלב שבאחריות לשכות הבריאות של המשרד כמפורט לעיל. על פי נתוני ענבל לשנים 2009-2001, חלקו היחסי של התחום מסך תביעות הרשלנות הרפואית הוא כ-30% מבחינת כמות התביעות ו-50% מבחינת עלותן. מספר התביעות שהוגשו בתחום עלה במשך שמונה שנים יותר מפי שניים. כ-40% מסך התביעות וכ-60% מסך העלויות המוערכות בגין התביעות בתחום מקורם בזנב תביעות ארוך המוגש שמונה שנים ואף יותר ממועד האירוע. הערכת ענבל היא כי בתחום זה תופעת זנב התביעות בולטת במיוחד וזאת בשל ההתיישנות הארוכה להגשת תביעות.

כאמור, חוק ההתיישנות קובע כי בחישוב תקופת התיישנות לא יובא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנה, באופן שיילודים יכולים להגיש את תביעתם שבע שנים לאחר הגיעם לגיל 18, דהיינו בהיותם בני 25 שנה, ובמקרים חריגים אף יותר⁵³. תקופת ההתיישנות הארוכה מגבירה את חוסר הוודאות של המוסדות הרפואיים ומקשה עליהם לשמור את המסמכים הרלוונטיים, לזכור את פרטי האירוע ולזמן עדים. בכך היא מקשה על בתי החולים להוכיח את חפותם. תקופה ארוכה זו יוצרת קושי למבטחים להעריך את הסיכון להגשת תביעות נגד המוסדות הרפואיים, ולכן גורמת לגביית פרמיות גבוהות מהמבוטחים.

נמצא כי השינויים בפסיקות בתי המשפט שגרמו להרחבת הנטל על העוסקים במקצועות הרפואה ועל חברות המבטחות, מקשים על המבטחות לבצע הערכה אקטוארית ולשמור כספים לפרקי זמן ארוכים, פעולות הנדרשות עקב תקופת ההתיישנות הארוכות בתביעות בנושא מיילדות.

הערכה אקטוארית תלויה במהימנות הדיווחים המגיעים מהמוסדות הרפואיים ובהערכת הסיכונים על פי הפסיקה. הפערים בין הערכה אקטוארית זהירה לבין הערכה זהירה פחות עבור מוסד רפואי יכולים להגיע למיליונים רבים של שקלים. הצורך של המבטחות לשמור כספים במשך 25 שנה ויותר, נוסף על השינויים בפסיקה, יוצרים חוסר ודאות, אשר הפך את שוק ביטוחי הרשלנות הרפואית למסוכן ולבלתי אטרקטיבי עבור מבטחות משנה. כנגד החסרונות, שמירת כספי הפרמיות ל-25 שנה נותנים למבטחות יתרון מהותי, כך שהן נהנות מהתשואות על יתרות הכספים שטרם שולמו כתביעות. עם זאת, בתקופה של חוסר יציבות בשוק ההון והפחתת התשואות, הפרמיות שידרשו המבטחים יהיו גבוהות יותר כדי לפצות על כך.

53 בתי המשפט מארכים במקרים מסוימים את תקופת ההתיישנות, באופן שתביעות מתבררות גם לאחר 30 שנה ויותר. למשל, עדיין מתנהלת תביעה של יילוד משנת 1971 אשר תקופת ההתיישנות על תביעתו הוארכה בחמש שנים (בהיותו בגיל 18-23) שבמהלכן לא פנו הוריו הביולוגיים של הילד לבקש עליו אפוטרופסות. בית המשפט העליון בערעור פסק בשאלת ההתיישנות והחזיר את התיק לבית המשפט המחוזי לדיון, שעדיין מתקיים, בשאלת הנזק (ע"א 7805/02 הלפרט יצחק ואח' נ' אסותא מרכזים רפואיים בע"מ ואח', פ"ד נ"ח (6) 847 (2004)).

כתוצאה מכך חוששות המבטחות להתחייב לתקופה ארוכה, ונוצר קושי להשיג פוליסות על בסיס אירוע - פוליסות המעניקות כיסוי ביטוחי לאירוע שהתרחש בשנת הביטוח, כאשר התביעה יכולה להיות מוגשת עד 25 שנה.

היעדר תחרות וריכוזיות יתר בשוק ביטוחי הרשלנות המקצועית

1. שוק ביטוחי הרשלנות הרפואית מתאפיין במיעוט מבטחות על רקע שליטתה של מבטחת עיקרית - הראל חברה לביטוח בע"מ⁵⁴ (להלן - המבטחת העיקרית) באמצעות הסוכנות. הסוכנות נוסדה בשנת 1972, ומאז תפסה עמדה שולטת כספקית מסחרית עיקרית של שוק ביטוח הרשלנות הרפואית⁵⁵. מהסוכנות דווח כי הסיכון להפסדים בתחום זה גבוה וכי נדרשים מומחיות גבוהה ושירותים מקצועיים ייחודיים של ניהול תביעות ושל ניהול סיכונים. מבטחות משנה מחו"ל אשר ביטחו את המבטחת העיקרית עזבו את הארץ לפני שנים מספר. מאז דיווחה הסוכנות על קושי לאתר מבטחי משנה בחו"ל ובלית ברירה הגדילה המבטחת העיקרית את חלקה באחריות לביטוחי הרשלנות הרפואית.

הסוכנות כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי עד 2008 לא היו חברות ביטוח מתחרות למבטחת העיקרית בשוק הישראלי, וכי למרות זאת הייתה העלייה בפרמיות מתונה יחסית. דווקא כשהתפתחה תחרות בשוק הישראלי, העלייה בפרמיות הייתה גדולה יותר.

ועדת בן דוד וברודט, ועדת חלמיש וכן דוח מארש קבעו כי שוק ביטוחי הרשלנות רפואית בישראל אינו מספק תנאים תחרותיים לביטוח. השוק מתאפיין בשחקנים מעטים ובהעלאה קבועה ולא מבוטלת של פרמיות הביטוח. מצב זה הגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות, אולם הפחית את ההוצאה הזמינה לשירותי הבריאות עצמם.

אמנם ניתן כיסוי לחלק ניכר מהשוק באמצעות חברת ענבל, אולם מדובר במגזר הממשלתי בלבד ולכן קופות החולים ובתי החולים הציבוריים והפרטיים כבואם לרכוש ביטוח רשלנות, רואים לפנייהם מעין שוק מונופוליסטי.

משרד מבקר המדינה בדק את פעולות הרשות להגבלים עסקיים בבחינת השאלה האם מתקיים מונופול בשוק ביטוחי הרשלנות הרפואית ובשקילת הפעולות שבסמכותה לנקוט. הרשות השיבה ביוני 2011 כי הבדיקות הראשונות אכן הצביעו על מבנה שוק בעייתי מבחינה תחרותית אולם הוחלט שאין מקום לבחון לעומק את האפשרות להכריז על מונופול בהתבסס על הסברה כי יתכן ועליית המחירים של ביטוחי הרשלנות הרפואית נגרמה מסיבות אחרות ולא דווקא על ידי הפעלת כוח מונופוליסטי וכן על הסברה שלא ניתן יהיה להביא לשיפור של ממש בענף ביטוחי הרשלנות הרפואית באמצעים העומדים ברשותה. מסיבות אלה הוחלט שלא להשקיע משאבים בבדיקה מעמיקה יותר של הנושא.

54 טיוטת דוח הביקורת הועברה להראל חברה לביטוח בע"מ באוקטובר 2011. הראל הודיעה בינואר 2012 כי בשל עומס משימות אין באפשרותה בלוח זמנים קצר להתייחס לטיוטת הדוח.

55 המבטחת העיקרית גם מעניקה Fronting Arrangement - הסדר שבו החברה מוציאה פוליסת ביטוח וכלפי המבוטח היא המבטחת, ואולם מאחורי הפוליסה מסתתרים מבטחי משנה של המבטחת.

משרד מבקר המדינה בחן את הבדיקות שעשתה הרשות להגבלים עסקיים בנושא בשנת 2005 ומצא כי היא אכן ערכה בדיקה בנושא, אך ראשונית בלבד. כך למשל לא יצא נייר מסכם לבדיקה הראשונית שנערכה ולא התקיימו דיונים בנושא עם משרד הבריאות שהוא המיניסטריון האחראי לתחום. מכאן עולה כי הבדיקות שערכה הרשות בשנת 2005 לא היו ממצות ומספקות.

לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי שרשות ההגבלים העסקיים בסיוע משרדי הבריאות והאוצר תשלם את הבחינה שהחלה בה בשנת 2005 ותבחן בין היתר אם אכן מתקיים בעניין זה מונופול על כל המשתמע מכך, ואם כן - לבחון את הכלים העומדים לרשותה להסדרת כשל השוק.

בפברואר 2009 פנה מנכ"ל משרד הבריאות דאז לחשב הכללי דאז, למפקח על הביטוח דאז ולממונה על התקציבים דאז במשרד האוצר בטענה כי בתי חולים שונים קובלים על עלייה ניכרת בפרמיות הביטוח, על קשיים ברכישת ביטוחי אחריות מקצועית ועל קושי בניהול משא ומתן עקב שליטת השוק בידי מבטחת עיקרית המבטחת את רוב המוסדות הרפואיים שאינם ממשלתיים. בשל החשש כי עלויות הביטוח יערערו את יציבות בתי החולים הקטנים והבינוניים, ובשל החשש מהפסקתם את הביטוח משיקולים כלכליים, ביקש מנכ"ל משרד הבריאות ממשרד האוצר כי יבצע בחינה מערכתית של הנושא למציאת פתרונות לכשל השוק. עד מציאת פתרונות וביצועם סבר המנכ"ל דאז שיש יש לשקול דרכי פיקוח ובקרה על המבטחים הקיימים, כדי לבחון אם ניתן להביא להורדת גובה הפרמיות שאותן דורשות חברות הביטוח.

לקראת סיום הביקורת בספטמבר 2011 כתב מנכ"ל המשרד למפקח על הביטוח על חלק מהכשלים בתחום: כשל השוק בתחום ביטוחי הרשלנות הרפואית; מעבר מוסדות לביטוח עצמי; היעדר התחרות והקושי לנהל משא ומתן על גובה פרמיות הביטוח של המוסדות; הגדלת גובה הפרמיות עד תוספת של 100%-170% במהלך שנתיים-שלוש המערערת את יציבותם של מוסדות קטנים ובינוניים; הסיכון האורב למדינה מצד המטופלים בעקיפין עקב היותה "כיס עמוק"; הרעת תנאי הביטוחים לגניקולוגים, החשופים לתביעות 25 שנה מהלידה, אך יכולים לרכוש פוליסות המכסות אותם רק חמש שנים מתום תקופת הביטוח.

לדברי המנכ"ל מדובר במצוקה אמיתית המחייבת מציאת פתרונות שיאפשרו את המשך פעילות בתי החולים, תוך כדי ביטוחם בעלות מוצדקת וריאלית. לנוכח המשבר הכלל-עולמי בתחום, המשפיע על שוק הביטוח בארץ, יש חשש כי המבטחות יימנעו מלהעניק ביטוח למחלקות עתירות סיכון או שלא ניתן יהיה לעמוד בעלות הפרמיות. כמו כן הוסיף כי יש לכנס בהקדם את כל הגורמים הרלוונטיים, וביניהם המפקח על הביטוח, החשב הכללי, משרד הבריאות, הר"י וקופות החולים, כדי לבחון את הדרכים לעצירת המגמות הללו וכדי למצוא פתרונות למצוקות שעמן מתמודדים המוסדות הרפואיים ושאר העוסקים בתחום.

המפקח על הביטוח כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי ענף ביטוחי האחריות המקצועית הרפואית מאופיין בסיכון גבוה במיוחד עקב תביעות שאינן מוגבלות בסכום ועקב זנב תביעות ארוך הנובע מגילוי נזקים מאוחר ומניהול דיונים בבתי המשפט הנמשכים שנים. בשנים האחרונות גדלה החשיפה לתביעות, וחלה עלייה בגובה הפיצוי. כל אלה, נוסף על היצע מוגבל של מבטחות בעולם, מונעים מחברות ביטוח חדשות להיכנס לשוק. נסיבות אלה הובילו לעלייה בגובה הפרמיה בהשוואה לתקופות קודמות. המפקח על הביטוח למד את הדוחות שערכו הוועדות השונות והסיק כי אין להתערב בענף ביטוח זה. לדבריו הוא פועל להבטיח פעילות תקינה בתחום הביטוח בהתאם לסמכויותיו על פי החוק.⁵⁶

56 סעיפים 60 (א) ו-62 (א) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח), התשמ"א-1981.

ענף ביטוחי הרשלנות הרפואית דורש ידע וניסיון רבים, ולכן קיים חסם משמעותי נוסף מפני כניסת מבטחים נוספים לתחום: בידי הסוכנות שמור מידע רב על ניסיון התביעות ועל החבות האקטוארית של מוסדות הבריאות הלא ממשלתיים, ומידע זה נחשב קניינו של המבטח. מנופול הידע שנוצר בידי הסוכנות והיעדר גישה למידע מקשים על מתחרים פוטנציאליים להיכנס לשוק ביטוחי הרשלנות הרפואית ולהיות גורם תחרותי שיביא לירידה בפרמיות המשולמות.

בביקורת עלה כי האינטרסים הכלכליים של המבטחת העיקרית שלובים באלה של הסוכנות. הדבר מגביר את הצורך בבדיקת הממונה על ההגבלים העסקיים אם מתקיים מונופול, ואם כן - בבחינת השפעתו על כשל השוק בענף ביטוחי הרשלנות הרפואית.

הסוכנות כתבה למשרד מבקר המדינה בעניין זה בנובמבר 2011 כי המבטחת העיקרית נבחרה על ידי הסוכנות בתום בחינה מקצועית ומעמיקה של שוק הביטוח בארץ ובחו"ל ומצאה כי מציעה את הפתרון הביטוחי המקיף, המקצועי והאיכותי ביותר הקיים כיום בישראל, וזאת ללא שום קשר לאחזקות של המבטחת העיקרית במניות הסוכנות. וכי שני מוסדות רפואיים, שלהם לא מצאה הסוכנות פתרון ביטוחי במבטחת העיקרית, בוטחו באמצעותה בחברות אחרות.

בעקבות ישיבה שהתקיימה בין מנכ"ל המשרד לנציגי משרד מבקר המדינה בראשית אוקטובר 2011 החליט המשרד כי ראוי שכמאסדר הוא אכן יעקוב אחר שוק הביטוחים הפרטיים בנושא רשלנות רפואית. בדצמבר 2011 החליט המשרד גם לקיים דיון עם רשות ההגבלים העסקיים בנושא התחרותיות בתחום.

אגף החשב הכללי באוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי יעמיד את הסיוע הנדרש לצורך בחינת הנושא על ידי הגורמים האחראיים. המפקח על הביטוח במשרד האוצר כתב כי המבטחת העיקרית מעבירה נתונים כגון תשלומי תביעות, סכומים נצברים והערכות אקטואריות. התמונה המתקבלת מפעילות המבטחות היא שהענף סובל מהפסדים הנובעים מאי-הערכה נכונה של הסיכונים. אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה כי הקמת קרנות פנימיות לביטוח עצמי במוסדות בריאות נוספים (שעליהם יפורט בהרחבה בהמשך) היא הפתרון המועדף לרוב הכשלים העולים בדוח ביקורת זה, לרבות היעדר התחרות בביטוחי הרשלנות הרפואית.

היעדר פיקוח על יכולת הפירעון של המבטחות בביטוחי רשלנות רפואית

המפקח על הביטוח עוסק בין היתר בפיקוח על יציבותן הכלכלית ועל יכולת הפירעון של חברות הביטוח, בהיקף החשיפה של המבטחות, ובהתאם לעתודות הכספיות וההון העצמי שעליהן לשמור.

הכללית מסרה למשרד מבקר המדינה בפברואר 2011 כי יש בעיה קשה בשוק ביטוחי הרשלנות הרפואית עד כדי קריסה עקב היעדר יכולת להשיג כיסוי ביטוחי בקצב שבו מרחיבה פסיקת בתי המשפט הן את סכומי הפסיקה והן את עילות התביעה. לדברי הכללית, המפקח על הביטוח ואגף התקציבים במשרד האוצר לא פעלו לקידום פתרונות חליפיים שהציעו כמה ועדות בדיקה ממשלתיות. גם כיום גורמים אלו אינם מתמודדים עם הבעיה, אף שמחובתם לפעול בנדון. כך למשל בתחום המיילדות קיימות רק פוליסות מוגבלות בעלות תקרות נמוכות יחסית. עוד מסרה הכללית כי גופי בריאות רבים בשוק נמצאים בתת-ביטוח: בתי חולים ציבוריים, מכונים פרטיים, חלק מקופות החולים ומרפאות אסתטיקה. בנוסף, להערכתה חלק מגופי הבריאות הללו רוכשים ביטוח מגורמים ללא ערבויות, שקיים חשש שאי-אפשר להיפרע מהם, הפועלים בין השאר

ממקומות לא יציבים בעולם כמו ברמודה. גופי בריאות אלו מתעלמים לעתים ביודעין מהמצב המורכב.

המפקח על הביטוח כתב למשרד מבקר המדינה בפברואר 2011 כי תחום ביטוחי הרשלנות הרפואית נחשב מסוכן, כי הפסדי המבטחות בתחום זה גדולים, וכי קיימת בעיה בהיצע של ביטוחים ובהיצע של מבטחות משנה. הוא ציין כי הדבר אינו ייחודי לארץ אלא תקף גם למדינות אחרות בעולם. ההיצע המוגבל של מבטחות משנה בעולם משפיע גם על ההיצע המוגבל של מבטחות ומבטחות משנה בארץ. ואולם לדבריו, הוא בחן את יכולת פירעונה של המבטחת העיקרית, המובילה כאמור בשוק הרשלנות הרפואית, והסיק כי אין סכנה של חדלות פירעון.

כן כתב המפקח על הביטוח כי המבטחת העיקרית וחברות אחרות המשווקות ביטוח אחריות מקצועית למקצועות הרפואה מבוקרות ומפקחות על ידי באופן שוטף. אגף החשב הכללי באוצר כתב בנובמבר 2011 כי יעמיד את הסיוע הנדרש לצורך בחינת הנושא על ידי הגורמים האחראיים. הסוכנות כתבה בנובמבר 2011 כי מאחר שמדובר בתחום בסיכון גבוה עם זנב תביעות ארוך, יש אכן מקום לפקח על יכולת הפירעון של חברות הביטוח העוסקות בתחום ביטוחי הרשלנות הרפואית.

נוכח העמדות המוצגות לעיל אורבת סכנה של ממש לכשל בשוק ביטוחי הרשלנות הרפואית בישראל. בכלל זאת יש חשש שתובעים יישארו ללא יכולת לגבות את הפיצוי המגיע להם בדין בהיעדר ביטוח. לפיכך נדרשים המפקח על הביטוח ומשרד הבריאות לבדוק ביסודיות אם אכן המצב דורש התערבות וכלי אסדרה.

חובת ביטוח למוסדות רפואיים

החוק במדינת ישראל אינו מחייב עשיית ביטוח למוסדות רפואיים למעט במקרים חריגים⁵⁷. לפיכך בתי חולים כלליים, ציבוריים ופרטיים המרכזים בתחומם פעילות בתחומים בעלי סיכון מוגבר (כגון מיילדות, ניתוחי גב, נוירוכירורגיה) אינם מחויבים בעשיית ביטוח. גם תנאי הרישום של מרפאות כירורגיות⁵⁸ אינם מתנים קבלת רישיון להפעלת מרפאה כירורגית בחובת ביטוח.

מרפאות אסתטיקה וניתוחי לייזר, המנהלות פעילות רפואית בעלת סיכון רב⁵⁹, גם כן אינן מחויבות בביטוח. תחום זה מאופיין בתביעות רבות בגין רשלנות רפואית ובגין חריגה מפרקטיקה רפואית ראויה. בעלי המרפאות המבצעים ניתוחים סומכים על כיסוי ביטוחי של המנתחים בפוליסות הפרקטיקה הפרטית, המוצאות על ידי המוסדות המעסיקים בשעות הבוקר (אשר במקרים רבים מחריגים פעילות זאת כפי שיפורט בהמשך).

היעדר חובת ביטוח על מוסדות רפואיים עלול להותיר חולים שנפגעו מרשלנות חסרי פיצוי ולחשוף רופאים, במקרים חריגים, לתביעות אישיות, כאשר מוגשות תביעות נגד רופאים ולעתים נגד עיזבונם או כאשר המוסד הרפואי חדל פירעון. כך למשל הכיסוי שרכש בית החולים משגב לדך בירושלים היה על בסיס יום הגשת התביעה, ולפיו כאמור הביטוח צריך להיות בתוקף ביום הדיווח למבטח על האירוע, וגם הוא נרכש רק עבור חלק מן הצוות הרפואי. משגב לדך נכנס להליכי פירוק. בא כוח המפרק כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי בתחילת הפירוק נרכש כיסוי ביטוחי

57 מרפאות שיניים חייבות בביטוח אחריות מקצועית מכוח תקנות רופאי השיניים (מרפאות של תאגידים), התשנ"ג-1993 המסדירות רישום מרפאות וקובעות תנאי סף לקבלת רישיון לרבות חובת ביטוח.

58 תקנות בריאות העם (רישום מרפאות), התשמ"ז-1987.

59 מבקר המדינה, דוח שנתי 2005 ב 55 בנושא "פיקוח המשרד על מרפאות ומכונים פרטיים", עמ' 593.

במשך כמה שנים שבמסגרתו כוסו תביעות רשלנות מקצועית שהוגשו למבטח. על מנת להמשיך את הכיסוי הביטוחי לתביעות שטרם הוגשו, היה צורך ברכישת כיסוי ביטוחי המאריך את תקופת הדיווח (ERP). לאחר שנת 2006 הוחלט במסגרת הפירוק שלא לרכשו משיקולים משפטיים הנוגעים, בין היתר, להעדפת נושים על פי החוק. נושים נפגעי רשלנות רפואית שלא היו ידועים עם הפסקת רכישת הכיסוי הביטוחי הם חסרי מעמד בפירוק על פי הדין. למרות זאת, בא כוח המפרק ניסה למצוא פתרון מעשי ולרכוש כיסוי ביטוחי, אולם ללא הצלחה.

כאשר אין חובת ביטוח, אין גם חובת ניהול סיכונים ברמה הנדרשת על ידי המבטחות. הדבר עלול לגרום לאי-הקפדה על נושאים הקשורים לבטיחות החולה ולירידה באמת המידה הרפואית העלולה לגרום נזקים רפואיים.

היעדר ביטוח אחריות מקצועית למוסדות רפואיים או לחילופין ביטוח עצמי עלולים למוטט מוסדות שלא יעמדו בתשלום פיצויים שייפסקו בגין רשלנות רפואית. הדבר עלול להשפיע גם על גורמים נוספים שאליהם יגלגלו התובעים את תביעותיהם.

בביקורת עלה כי חלק מבתי החולים הפרטיים סומכים על הפוליסות לביטוח פרקטיקה פרטית⁶⁰. במרבית המקרים המדינה מממנת את עיקר עלויות פרמיות אלה, הן באמצעות סל שירותי הבריאות, כאשר קופות החולים רוכשות פוליסות עבור רופאיהן, והן באמצעות תקציב בתי החולים הממשלתיים, כאשר הם מממנים את הפוליסות לרופאיהם.

הכללית מסרה בינואר 2012 כי הסתמכותם של המוסדות הפרטיים על ביטוחי הפרקטיקה הפרטית גורמת לאדישות מצידם בניהול סיכונים ובטיחות המטופל וכתוצאה מכך קיים שיעור גדול של נזקים רפואיים בתחומים כגון אסתטיקה.

אנו רואים אפוא שלעתים מוסדות הבריאות הממשלתיים וקופות החולים נושאים בעלויות הביטוח של הפעולות הרפואיות המתבצעות במוסדות הפרטיים. מצב זה אינו תקין, שכן הוא מספק מעין תמיכה בכסף ציבורי לטובת רפואה פרטית, מצב העלול לגרום לעיוות בכלכלת הבריאות. נוסף על כך, הרפואה הפרטית אינה נושאת בעלויותיה המלאות והיא לכאורה זולה יותר למקבל השירות. בכך יש גם גידול בהוצאה הפרטית לרפואה, ועמה גידול בהוצאה הלאומית למטרה זו.

ועדת קלינג, ועדת אמוראי וועדת חלמיש (שלא גיבשה דוח סופי) הציעו לקבוע בחוק חובת ביטוח נגד רשלנות רפואית לכל העוסקים ברפואה ובשירותים רפואיים במערכת הבריאות וכן לכלל המוסדות הרפואיים.

משרד הבריאות מסר לנציגי משרד מבקר המדינה במרץ 2011 כי במאי 2007 ביקש לבחון הסדרת חובת ביטוח בחקיקה בשל החשש שעקב המצוקה וגובה הפרמיות יתקשו המוסדות הרפואיים לרכוש ביטוח אחריות מקצועית, ולכן יימנעו מכך. עמדת משרד המשפטים בתשובה לפניית משרד הבריאות הייתה אז כי יש מקום לחייב רכישת ביטוח אחריות מקצועית על פי חוק כדי להגן על ציבור המטופלים וכדי לשמור על יציבותם של מוסדות הרפואה.

ואולם, ביולי 2008 התקיים דיון בשיתוף נציגי משרד הבריאות, משרד המשפטים, פרקליטות המדינה, המפקח על הביטוח והחשב הכללי במשרד האוצר בשאלת ההיבטים וההשלכות להסדרת

60 פוליסות המבטחות את עבודת הרופאים במסגרת הפרקטיקה הפרטית לאחר שעות עבודתם במוסדות הרפואיים המעסיקים אותם בשעות הבוקר. עיקר הפרמיה של ביטוח זה ממומנת על ידי המוסדות המעסיקים בהתאם להסכמים קיבוציים שנחתמו.

חובת הביטוח בחקיקה והתניית חידוש רישיון המוסד בהוצאתו. עמדת משרד המשפטים, פרקליטות המדינה והמפקח על הביטוח הייתה אז כי אין להתערב בהתנהלות החופשית של השוק, אלא במקרי קיצון, וכי רובם המוחלט של המרכזים הרפואיים ממילא רוכשים ביטוח אחריות מקצועית; אם תנקוט המדינה פעולות לאסדרה ולפיקוח תגדל אחריותה למשל לוודא כי הפוליסות, על תחולתן, תוקפן והיקפן בכל זמן נתון, תואמות את סיכוני התביעות, ולכן תגדל חשיפתה של המדינה לתביעות. המפקח על הביטוח התנגד למהלך, משום שלדעתו חובת ביטוח תחריף את כשל השוק הקיים ממילא, ועולה חשש מהעלאת תעריפי הפרמיות או מהפסקת ביטוח מוסדות או מחלקות עתידי סיכון. בסיכום הישיבה הוחלט שלא ליזום שינוי במצב הקיים.

בנוסף, בדיון מ-2008 הוחלט כי בעתיד, אחרי שמשרד הבריאות יאסוף נתונים על אודות המצב הביטוחי של המרכזים הרפואיים, תוך כדי ביצוע הבקרות על ידי משרד הבריאות, ישקלו מחדש משרד האוצר ומשרד הבריאות את הנושא ויבחנו אם אכן דרושה התערבות, ואם כן באילו תחומים ובאיזה אופן.

מנכ"ל המשרד השיב בינואר 2011 כי בפעולות בקרה שהוא עושה בבתי חולים ובמרפאות הוא ינחה את צוות הבקרה להתייחס לאופן הכיסוי בנושא אחריות מקצועית במטרה לערוך מיפוי אם הפעילות במוסדות הרפואיים והמרפאות בעלות הרישוי מכוסה בביטוח אחריות מקצועית בלי להיכנס לטיב ואיכות הביטוח וללא קביעתו כתנאי לאישור הרישיון או לחידושו. בהתאם למצאי המיפוי שייערך, יוחלט אם יש צורך בהתערבות המדינה בנושא, ואם כן - אילו צעדים יינקטו כגון חיוב מרפאות שאינן מבוטחות בהודעת גילוי נאות. עוד הוחלט לקיים דיון נוסף עם המפקח על הביטוח בנושא כשל השוק בתחום ביטוחי האחריות המקצועית ברפואה. וכי הטלת חובת ביטוח תתאפשר רק לאחר החלטת כל הגורמים הללו שהסדרה נדרשת וכדאית.

יוצא שמאז 2008 לא אסף המשרד נתונים על מצבם הביטוחי של כל המוסדות הרפואיים במדינה, מידע החיוני כדי לקבוע אם על המדינה להטיל חובת ביטוח. כמו כן, מאז 2008 לא התקיים דיון נוסף, והנושא לא נבחן בשנית על ידי משרדי הבריאות, המשפטים והאוצר.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר סבור כי ראוי לבחון את האפשרות לקבוע חובת ביטוח למוסדות רפואיים. אגף התקציבים השיב בדצמבר 2011 כי לאור הערות משרד מבקר המדינה, כוונתו ובכוונתם של אגף החשב הכללי ושל המפקח על הביטוח לשוב ולבחון יחד את הנושא.

המפקח על הביטוח השיב בדצמבר 2011 כי הטלת חובת ביטוח מסחרי עלולה לגרום לעיוותים בשוק: הביקוש לביטוח של הצרכנים יישאר קשיח ללא תלות במחיר; ניצול כוח השוק של המבטחים יגרום לעלייה בפרמיה עד כדי מצב שעלות הביטוח תהיה גבוהה יותר מהסיכון האמיתי; תיווצר תלות חזקה מצד המבוטחים ומצד הממשלה במבטחים הקיימים; מוסדות מבוטחים שלא יצליחו לרכוש ביטוח לא יקבלו רישיון לפעול, ורופאים שלא יצליחו להשיג כיסוי יאבדו את יכולתם לעבוד; הקושי לממן ביטוחים יקרים יפגום בכדאיות עיסוקם של רופאים במקצוע, יביא לצמצום כוח האדם במקצועות הרפואה, ויגרום לעליית מחירי שירותי הרפואה ולעליית ההוצאה הממשלתית על שירותים רפואיים; היווצרות כפל ביטוח וכפל תשלום פרמיה על ידי מוסדות רבים, אף שתשלומי הביטוח יהיו מוגבלים לנזק; המדינה תחויב לבחון את תנאי הפוליסה ולפקח על תעריפי הביטוח הצפויים לעלות כדי שלא לרוקן מתוכן את חובת הביטוח; טרם קבלת החלטה יש להכריע מהו הכיסוי הביטוחי המינימלי שיש לחייב, אילו מוסדות יחויבו לבטח ואם צפוי להיות היצע מספק של ביטוח; כמו כן פיקוח זה מנוגד למדיניות הממשלה הדוגלת באי-התערבות בשוק הפועל באופן תחרותי; במצב הקיים ניתן לשקול פעולות של גילוי נאות ואזהרת הציבור באשר לקיומו או אי קיומו של ביטוח למוסד רפואי, כחלופה לחובת ביטוח, נושא הנמצא באחריות משרד הבריאות וכי כוונתו ובכוונת גורמים נוספים במשרד האוצר לדון מחדש בחלופות השונות.

הר"י השיבה בדצמבר 2011 כי היא תומכת בחיוב מוסדות רפואיים לבטח את הרופאים. מאוחדת כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי בהסכמי התקשרות עם ספקים למתן שירות רפואי היא דורשת כיסוי ביטוחי נגד רשלנות רפואית, המכסה את פעילות הרופאים העובדים אצל הספק והמעניקים טיפולים למבוטחי הקופה.

במישור העקרוני-כללי: יש חשש כי מוסדות רפואיים לא יבטחו עצמם באופן מספק בין בביטוח מסחרי בין בביטוח עצמי וכי חולים שנפגעו מרשלנות רפואית יוותרו חסרי פיצוי; כמו כן יש חשש מתביעות אישיות נגד רופאים או גם נגד עיזבונם. מאז הדיון שהתקיים ב-2008 בנושא עברו כמה מוסדות רפואיים מביטוח מסחרי לביטוח עצמי בשילוב ביטוח מסחרי.

לדעת משרד מבקר המדינה, לאור המלצות הוועדות בנושא, לאור סיכום הדיון ב-2008 ולאור עמדות הצדדים, על משרד האוצר ועל משרד הבריאות לערוך בחינה מחודשת של הנושא, אחרי שיהיה בידיהם מכלול הנתונים בשוק ביטוחי הבריאות. עליהם להכריע אם יש לקבוע בחוק חובת ביטוח מסחרי או ביטוח עצמי לבתי החולים הפרטיים והציבוריים, כדי להבטיח את יכולתם לעמוד בעלות התביעות בלי לפגוע ביציבותם הכלכלית, זאת במקום להותיר את ההחלטה בידי המוסד הרפואי כפי שנהוג כיום.

לדעת משרד מבקר המדינה גם אם יוחלט שלא להטיל חובת ביטוח על כלל המרפאות, ראוי לבחון את החלופה להטיל חובת ביטוח על מרפאות שבהן מתבצעת פעילות בתחומים בעלי סיכון מוגבר לתביעות בגין רשלנות רפואית, כגון תחום אסתטיקה ולייזר.

הפיקוח על מוסדות רפואיים המבצעים ביטוח עצמי

נוכח החסרונות והקשיים בביצוע ביטוח בחברה מסחרית ובמטרה לחסוך את רווחי חברות הביטוח המסחריות, החלו מוסדות רפואיים לבצע ביטוח עצמי באמצעות קרן פנימית. ביטוח עצמי מחייב את המוסד הרפואי לבצע את הפעולות האלה: (א) הערכה אקטוארית שנתית על ידי אקטואר באשר לסיכון הקיים בגין תביעות רשלנות רפואית. (ב) הכנה ויישום של תכנית הפרשת כספים לקרן פנימית בהתאם לקביעה אקטוארית, הן לגבי תביעות עתידיות שיוגשו והן בגין תביעות שהוגשו בעבר (זנב התביעות), גם כאשר לעתים הדבר מקשה על האיזון התקציבי וגם כאשר מוסד נמצא בקשיים כלכליים. (ג) יצירת מנגנון לניהול תביעות וניהול סיכונים לרשלנות מקצועית על ידי המוסד ברמה ראויה.

מידת הפיקוח על הביטוח שמבצעות קופות החולים

קופות החולים רשאיות להחליט אם ובאיזה אופן לבטח את פעילותן כנגד תביעות רשלנות רפואית. נמצא כי הפיקוח של המשרד על קופת חולים המבצעת ביטוח עצמי מוגבל. גם המפקח על הביטוח באוצר אינו עוסק בתחום זה. ביטוח עצמי על ידי ניהול קרנות פנימיות לפיצוי תביעות הוא עניין פנימי הנתון לשיקול המוסד הרפואי.

לאומית, שעברה במאי 2011 לקרן פנימית לביטוח עצמי, כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי: ההערכה האקטוארית הנערכת על ידי אקטואר מטעמה נבדקת על ידי אקטואר מטעם חברת כלל המבטחת אותה רק בביטוח קסטטרופות (מעל 8 מיליון ש"ח ועד 12 משר"ח בשנה);

משרד רואה חשבון בשבון בוחן את כלל דוחותיה הכספיים; סך פעילותה עולה על 3 מיליארד ש"ח בשנה, מחזור המאפשר לה להתמודד עם כל תרחיש אפשרי באמצעות הקרן הפנימית.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה כי הקמת קרנות פנימיות לביטוח עצמי במוסדות בריאות נוספים היא הפתרון המועדף לרוב הכשלים העולים בדוח מבקר המדינה, לרבות היעדר התחרות בביטוחי הרשלנות הרפואית.

משרד מבקר המדינה מציין, בזהירות הראויה, כי המהלך שנקטה קופת חולים לאומית כדי לחסוך בעלויות פרמיה כבדות, על ידי הקמת קרן לביטוח עצמי, בעקבות בתי חולים ציבוריים שעשו כן, הוא מהלך חדשני ונכון מהבחינה הכלכלית והניהולית⁶¹.

פיקוח המשרד על ביצוע ביטוח עצמי בקופות החולים

יצוין כי תקן חשבונאות מס' 18 עוסק בין השאר באופן כללי בנושא ההתחייבויות האקטואריות בגין תביעות רשלנות רפואית⁶². הדוחות הכספיים של הקופות נתונים לבקרה ולפיקוח חשבונאיים לפי תקן חשבונאות מס' 18 ולפיקוח של משרד הבריאות, המפרסם לציבור דוח שנתי על מצב הקופות⁶³.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי למרות האמור לעיל יש לוודא כי הפיקוח החשבונאי על ההפרשות האקטואריות בגין תביעות הרשלנות הרפואית עומד באמות מידה כלכליות וחשבונאיות מקובלות. במקרה של קרנות פנימיות נדרש הן פיקוח מצד רואה חשבון בדרך של אישור האיזון האקטוארי של הקרן במסגרת אישור הדוחות התקופתיים, על פי התקינה החשבונאית המתאימה, והן פיקוח מצד משרד הבריאות על קיום התקינה.

בביקורת נמצא כי המשרד לא קבע כללים באשר לביטוח עצמי ללאומית שעברה במאי 2011 למהלך של ביטוח עצמי. כמו כן נמצא כי הכללים שמפיץ הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים אינם מתייחסים כלל לסוגיה זו.

בהיעדר אסדרה ופיקוח יש חשש מהפקדה לא מספקת של כספים בקרן הפנימית. ישנו חשש שמא הנהלת קופת חולים שיש לה ביטוח עצמי תשפיע על גובה הסכומים הנצברים בקרן הפנימית ועל הפרשותיה השנתיות, זאת על רקע מצבה הכספי הטוב או הגרוע של הקופה בשנה מסוימת או משיקולים של איזון תקציב הקופה לטווח קצר, ולא לפי הצורך החשבונאי-כלכלי-אקטוארי של שמירת כספים לתשלום פיצויים לטווח הארוך.

61 עם זאת יצוין כי הדבר נכון בתנאי שהמוסד נוקט את כל האמצעים לביצוע הערכה אקטוארית זהירה, מעדכן אותה ושומר את הכספים המיועדים להוצאות הרשלנות הרפואית, לרבות עבור "זנב התביעות" הצפוי, אגב הקפדה על הבקרה במשך שנים.

62 ההתחייבויות הללו יוכרו בהתבסס על התביעות שהוגשו - לרבות אלה הנמצאות בטיפול משפטי - ובהתבסס על דיווחים אחרים שהתקבלו. כמו כן קובע התקן כי הקופה תכלול בהתחייבויותיה הצפויות גם סכומים בגין תביעות שטרם התקבלו, כלומר בגין תביעות אפשריות שטרם נודעו ובגין ההוצאות הצפויות ליישוב תביעות אלה.

63 דוח השוואתי על הקופות שבו מובאים עיקרי הדוחות הכספיים מתפרסם באתר משרד הבריאות. החל בשנת 2012 יועלו לאתר גם הדוחות הכספיים של הקופות.

במעבר לקרן פנימית של ביטוח עצמי יש גם לבחון את הפרשת הכספים עבור זנב התביעות הארוך, וזאת כאשר החברה שביטחה את המוסד אינה נושאת עוד באחריות לזנב התביעות, נושא בעל משמעויות כספיות כבדות, המחייב את המוסד בהפרשת סכומי עתק. עם זאת, ככל שיכולתו הכלכלית של המוסד הרפואי נמוכה יותר, כך יכולתו להתמודד עם תופעת זנב התביעות הארוך בביטוח עצמי חושפת אותו לסיכונים כלכליים כבדים יותר.

לפיכך על משרד הבריאות בשיתוף משרד האוצר לשקול אם יש מקום לקבוע כללים ברורים ומחייבים בנושא, וכן לבחון את הסמכות ואת האפשרות לפקח על ביטוח עצמי המבוצע על ידי קופות החולים, זאת כדי לצמצם אפשרות לנזקים ולהוצאות כספיות כבדות אשר יקשו על הקופה להמשיך ולספק שירותים רפואיים ללא מקורות סיוע נוספים מצד המדינה. בסיום הביקורת קבע המשרד צוות לבחינת נושא הביטוח העצמי ולקביעת כללים בנושא.

המשרד כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי בשל החשיפה הגדולה בביטוח עצמי, הוא החל לגבש הנחיות כלליות לניהול קרנות עצמאיות כדי להבטיח את ניהולן ואת יציבותן. גם אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב באותו חודש כי הוא תומך בקביעת כללים באשר לביטוח עצמי על ידי קופות חולים ועל ידי בתי חולים ציבוריים ופרטיים. המפקח על הביטוח כתב כי ביטוח עצמי על ידי ניהול קרנות פנימיות הוא עניין פנימי הנתון לשיקול המוסד הרפואי. עוד מסר המשרד כי עליו, כמאסדר המפקח על הקופות, לקבל בעזרת תקן חשבוניות מס' 18 תמונת מצב השוואתית בין הקופות.

פיקוח המשרד על ביטוח רשלנות רפואית של קופות החולים בחברה מסחרית

גם על ביצוע ביטוח באמצעות חברה מסחרית המשרד אינו מפקח. כך למשל חלה הרעה ניכרת בתנאי פוליסת הביטוח לרשלנות רפואית שרכשה מאוחדת ב-2011 מהמבטחת העיקרית באמצעות הסוכנות בהשוואה לשנים קודמות: גם ההשתתפות העצמית גדלה וגם זנב התביעות קוצר לעשר שנים בלבד במקום לעשר שנים הנספרות מגיל שמונה עשרה - כלומר במקום 28 שנים. לפיכך תביעות שיוגשו לדוגמה בשנת 2010 בתחום המיילדות - מעקב היריון, בדיקות אולטרסאונד בהיריון וייעוץ גנטי - לא כוסו בפוליסה אם ייפסק הביטוח, אלא אם כן התביעות יוגשו בתוך עשר שנים מהלידה (ולא בתוך עשר שנים מהגיעו של היילוד לגיל 18), והיה חשש שהרופאים יוותרו חשופים, או יבקשו לתבוע את הקופה בטענה שלא רכשה ביטוח מתאים.

מאוחדת הודיעה למשרד מבקר המדינה בסיום הביקורת בנובמבר 2011 כי הפוליסה שלה תוקנה כך שהיא מבטיחה רצף ביטוחי תוך כדי כיסוי זנב התביעות ל-28 שנה לרבות כיסוי רטרואקטיבי לשנה מ-1.9.10 עד 31.8.11.

קביעת חובת ביטוח למוסדות רפואיים אמורה לכלול גם פיקוח על איכותו ועל היקפו של הביטוח כדי למנוע מקרים של הותרת רופאים ללא כיסוי ביטוחי ראוי.

המשרד השיב בנובמבר 2011 כי בהיעדר חובת ביטוח, בהתאם למדיניות המפקח על הביטוח ומשרד המשפטים, המשרד אינו מפקח על תנאי הביטוח המסחרי והיקפו. כל התערבות של המדינה בנושא תטיל עליה אחריות לוודא כי הפוליסה נותנת כיסוי מספיק בכל זמן נתון. אחריות זו תחשוף את המדינה לתביעות במישור של רשלנות בקביעת תנאי הביטוח ולהיעדר פיקוח על חובת הביטוח.

מידת הפיקוח על בתי חולים ציבוריים ופרטיים המבצעים ביטוח עצמי

גם בתי חולים כלליים, פרטיים וציבוריים רשאים להחליט אם וכיצד לבטח את פעילותם נגד רשלנות רפואית ואכן רבים מהם מבצעים ביטוח עצמי. המפקח על הביטוח אינו עוסק בתחום זה הנתון להחלטתו הבלעדית של המוסד הרפואי.

אגף התקציבים במשרד האוצר מסר בדצמבר 2011 כי יזמותיהם של כמה מוסדות רפואיים (לאומית, הסתדרות מדיצינית הדסה והמרכז הרפואי שערי צדק ירושלים) בשנים האחרונות ליצירת קרנות פנימיות לביטוח עצמי צפויות לחסוך במידה רבה בהוצאות על ביטוח רשלנות רפואית. פתרון זה של קרן פנימית טומן בחובו את כל היתרונות של קפטיב לאומי (כמפורט בהמשך), למעט החיסכון הנובע מניהול תביעות משותף. משרד האוצר ימשיך ויעקוב אחר קידום הקמתן של קרנות פנימיות במוסדות בריאות נוספים שבעת זו הן הפתרון המועדף לרוב הכשלים העולים בדוח ביקורת זה.

1. בביקורת עלה כי אין שום פיקוח מטעם המשרד או מטעם המפקח על הביטוח בסוגיות האלה: האם נערך ביטוח, מהו סוג הביטוח (מסחרי או ביטוח עצמי), מהו הסכום המבוטח ומהם תנאי הפוליסה. כאשר מבוצע ביטוח עצמי, המאסדר אינו בוחן אם בית החולים עדכן את ההערכה האקטוארית של ההוצאות הצפויות בגין רשלנות רפואית מדי שנה, האם הפריש כספים לקרן הפנימית, ואם כן - מהי דרך שמירתם. אין גם פיקוח על השימוש שנעשה בכספים, ובכלל זאת אין בודקים אם בית החולים משתמש בהם למטרות אחרות.

נוכח האינטרס הציבורי לעמידותם הכלכלית של בתי חולים ציבוריים ופרטיים כאחד, כדי לצמצם סיכונים והוצאות כספיות כבדות שיקשו על המוסדות להמשיך ולספק שירותים רפואיים ללא מקורות סיוע נוספים של המדינה, כדי להגן הן על החולים והן על הרופאים מפני תביעות רשלנות רפואית, לדעת משרד מבקר המדינה על משרדי הבריאות, האוצר והמשפטים לשקול לקבוע כללים לביטוח עצמי של המוסדות הללו וכן לקבוע את שיטת פיקוחם על הביטוח העצמי שמבצעים בתי חולים ציבוריים ופרטיים.

בסיום הביקורת, בסוף 2011, החליט מנכ"ל המשרד ליצור מתווה, הכולל הנחיות, למוסדות הרפואה בארץ - בתי חולים וקופות חולים כאחד - שיגדיר את הדרך להקמת קרן לביטוח עצמי לרשלנות רפואית.

2. המשרד השיב בדצמבר 2011 כי החל בשנת 2010 תקן חשבונאות מס' 18 שנקבע למטרת דיווח חשבונאי אחיד של בתי חולים וקופות החולים מחייב חלק מהמוסדות⁶⁴. על פי התקן נדרשים אותם מוסדות לדווח בדוחותיהם הכספיים על היתרה האקטוארית של הרשלנות הרפואית.

מבקר המדינה מעיר כי תקן חשבונאות מס' 18 אינו חל על בתי חולים הפרטיים, ולפיכך אינו מאפשר פיקוח המשרד על בתי חולים פרטיים המקימים קרן פנימית לביטוח עצמי במקום ביטוח מסחרי.

64 תקן חשבונאות מס' 18 חל על בתי חולים הציבוריים ועל תאגידי הבריאות שבשליטתם, על קופות החולים, על גופים המעניקים שירותי בריאות בשליטתן של קופות החולים ועל תאגידי אחות של קופות החולים. התקן אינו חל על בתי חולים פרטיים.

פוליסה לביטוח פרקטיקה פרטית של רופאים

על פי הסכם עבודה קיבוצי מנובמבר 1995 בין ממשלת ישראל להר"י וארגון הרופאים עובדי המדינה (להלן - אר"ם), הרופאים עובדי המדינה לרבות רופאי בתי החולים העירוניים-ממשלתיים, יבוטחו בביטוח אחריות מקצועית בגין עבודתם בפרקטיקה הפרטית, עבודה שאינה מבוטחת על ידי ענבל. אר"ם יקים קרן ("קרן אור") שתתקשר עם מבטח שאליו יועברו כספי הפרמיה שתשלם המדינה. כמו כן תעביר המדינה סכום נוסף שינוכה משכרם של הרופאים (השתתפות הרופאים). אר"ם בחר בסוכנות כוזניץ בלעדי להספקת ביטוח זה. נקבע כי המדינה תישא בגובה 80% מהפרמיה וכי הרופא ישתתף ב-20% מגובהה. בהמשך החלו גם קופות החולים לבטח את הרופאים שהן מעסיקות כנגד מקרי רשלנות רפואית שהרופאים מעורבים בהם בפעילותם הפרטית בשעות שלאחר עבודתם בקופות.⁶⁵

בסיום תקופת ההסכם הקיבוצי בסוף 1999 דרש אר"ם להגדיל את הפרמיה השנתית שמשלמת המדינה. בעקבות דרישת משרד האוצר, בין היתר, לפרסם מכרז פומבי לביטוח זה ובעקבות התנגדות אר"ם לכך, הושגה פשרה כך שאר"ם ויתר על הדרישה להעלאת הפרמיה שמשלמת המדינה, ואילו המדינה ויתרה על הדרישה לקיים מכרז. הר"י מסרה בדצמבר 2011 כי בעוד שבעבר שילמה המדינה כ-80% מהפרמיה של הרופאים עובדי המדינה, כיום בשל עליית הפרמיות השתתפות המדינה מכסה כ-50% בלבד מפרמיה זו. עוד מסרה הר"י כי רופאים המועסקים בקרנות המחקר הפועלות בתוך בתי החולים הממשלתיים (תאגידי הבריאות) משלמים את מלוא סכום הפרמיה בעצמם ורק חלק קטן מקרנות המחקר משתתפות ב-50% מהפרמיה.

משרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי אר"ם סירב להעביר אליו נתונים לגבי תוכן הפוליסה, ומנגד דרש האוצר לראות את הנתונים במסגרת בקשת אר"ם להעלות את השתתפות המדינה בעלות הפוליסה. לפיכך הסכימו הצדדים על תשלום סכום מסוים על ידי המדינה ללא תלות במחיר הביטוח, ויש לראות זאת כהטבת שכר. לכן לדברי האוצר, קיום מכרז חדש לביטוח, שבעקבותיו יזול הביטוח, לא יצמצם בהכרח את חלקה של המדינה המעוגן בהסכם קיבוצי.

סבסוד צולב של הפוליסה לביטוח פרקטיקה פרטית

סבסוד צולב בין הרפואה הפרטית והציבורית

הסתמכות בתי החולים הפרטיים על פוליסת הפרקטיקה הפרטית

כאשר רופאים פועלים במסגרת בתי חולים פרטיים וציבוריים בשעות אחר הצהריים והערב, עלות הביטוח לפוליסת הפרקטיקה פרטית שלהם ממומנת ברובה על ידי המוסדות הרפואיים המעסיקים אותם בשעות הבוקר (בתי החולים והקופות⁶⁶), הטבה שהושגה במסגרת הסכמים קיבוציים שנחתמו עם הרופאים. המוסדות הפרטיים מנצלים אפוא כיסוי ביטוחי, שנועד במקור לכסות פעילות הרופא בפרקטיקה הפרטית, על מנת לכסות על פעילותם. לפיכך הסתמכותם של בתי החולים הפרטיים על פוליסות הפרקטיקה הפרטית משמעותה שכסף ציבורי, ובכלל זה כספם של מי שאינם מבוטחים בשירותי בריאות נוספים (להלן - שב"ן), מממן הלכה למעשה חלק מהביטוחים הרפואיים הפרטיים וכן חלק מעלויות שב"ן של קופות החולים. כך בתי החולים הפרטיים נהנים הלכה למעשה ממימון המדינה ומתקציב סל שירותי הבריאות.

65 במכבי נקבע כי הרופאים שברובם הם עצמאיים, יישאו במחצית מעלות פוליסת הפרקטיקה הפרטית.

66 למעט מכבי כאמור לעיל.

כאמור עוד ב-2005 קבעה ועדת שפניץ כי בעקבות זאת מתגלגל חלק ניכר מהעלייה בעלות פרמיות הביטוח בתחום הרשלנות הרפואית בחזרה למדינה ולקופות החולים, זאת אף בגין פעילות רפואית פרטית שנעשית על ידי רופאים העובדים במערכת הציבורית. יתר על כן, להערכת משרד מבקר המדינה, סבסוד הרפואה הפרטית על חשבון הציבורית מוביל למחירי רפואה פרטית נמוכים יותר או גם לרווח גדול יותר לרופא בעבודתו הפרטית, ובכך נפגעת גם הרפואה הציבורית. כמו כן יש בכך זרז להגדלת ההוצאה הפרטית והלאומית על רפואה. זהו פגם כלכלי-רפואי-חברתי שיש לטפל בו בהקדם.

יש לציין כי את הרפואה הפרטית מממנים ביטוחי השב"ן, שבהם מבוטחים 73% מהתושבים, ודווקא ל-27% הנמנים עם שכבות האוכלוסייה החלשות יותר אין שב"ן. עובדות אלה יוצרות מצב מעוות שבו דווקא אוכלוסייה חלשה שאין ביכולתה לרכוש את ביטוחי השב"ן, נושאת בחלק מעלות ביטוחי הרפואה הפרטית.

מתשובות הקופות עולה כי הן מבצעות התחשבות כלשהי, שבמסגרתה משיב השב"ן כספים לסל הבסיסי של הקופה עבור חלק מביטוחי הפרקטיקה הפרטית.

משרד מבקר המדינה מציין כי בעבר, בעת שנקבע ההסכם הקיבוצי, שקבע כי המוסדות הרפואיים המעסיקים יממנו את עלות ביטוחי הפרקטיקה הפרטית, ביצעו רק רופאים מעטים ניתוחים באופן פרטי, ושיעור התביעות בגין רשלנות רפואית היה נמוך יחסית. באותה עת הייתה סוגיית מימון עלות הפוליסה הפרטית על ידי התקציב הציבורי זניחה. ואילו עתה השתנו פני הדברים: חלף זמן רב מאז שנחתם ההסכם הקיבוצי שקבע כי המוסדות הרפואיים המעסיקים יממנו את עלות ביטוחי הפרקטיקה הפרטית; ב-1994 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי והוסדרה סוגיית השב"ן; חל גידול ניכר בהיקף הרפואה הפרטית. לפיכך לדעת מבקר המדינה יש מקום לבחון מחדש את ביטוחי הפרקטיקה הפרטית. משרד מבקר המדינה ממליץ שהצדדים להסכם ישקלו לבחון מחדש את שיטת מימון עלות הביטוח של הפרקטיקה הפרטית ובכלל זאת יכחנו את האפשרות להעמיס את הפרמיה של ביטוחים אלה על גורמים אחרים במקום על כספי ציבור. כל זאת אגב הימנעות מפגיעה בתנאי העסקתם של הרופאים.

הממונה על השכר במשרד האוצר השיב בנובמבר 2011 כי כל שינוי חד-צדדי בתנאי ההסכם יגרום אוטומטית להפרת ההסכם הקיבוצי ולסכסוך עבודה על ידי הר"י. אגף החשב הכללי באוצר מסר בנובמבר 2011 כי הכשל המרכזי בנושא ביטוח הפרקטיקה הפרטית הוא העמסת הפרמיה על תקציב המדינה, תוך כדי סבסוד צולב בין הרפואה הפרטית ובין הרפואה הציבורית. במסגרת המשא ומתן האחרון שהתקיים מול הר"י ניסה משרד האוצר לשנות את מבנה ההסכמים הקיבוציים שקבעו הסדר זה, אולם ללא הצלחה. עם זאת יבחן האגף, בשיתוף אגפים נוספים באוצר, את הסוגיה ואת הדרכים לפתרונה.

הר"י השיבה בדצמבר 2011 כי במקצוע הרפואה הסיכון והחשיפה לתביעות הם בלתי נמנעים, ולכן הצורך בביטוח הוא חלק בלתי נפרד מהמקצוע. הסדרי הביטוח נקבעו כחלק מהסכמים קיבוציים שהושגו במשא ומתן כולל על תנאי השכר ועל התגמולים ברפואה הציבורית. יש לבחון את הסוגיה בלי לפגוע במצבם של הרופאים שקיבלו את ההטבה כחלק מתנאי העבודה. הר"י הוסיפה כי העובדה שהביטוח קולקטיבי מיטיבה מאוד את תנאי הפוליסה ואף מוזילה אותה. ההטבה של מימון חלק מעלות פוליסת הפרקטיקה הפרטית על ידי המעסיק הציבורי מספקת תמריץ נוסף לרופאים לעבוד במערכת הציבורית. האינטרס הציבורי הוא שהרופאים ימשיכו לתרום מזמנם ומכישוריהם למערכת הציבורית ולא יגדילו את היקף עבודתם במערכת הפרטית. גם האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה כתב כי פגיעה במימון ביטוחי הפרקטיקה הפרטית על ידי המוסדות המעסיקים תחמיר

עוד יותר את התופעה של עזיבת רופאים בכירים את בתי החולים הציבוריים ועלוה לפגוע בזמינות השירות במערכת הציבורית.

היעדר הגדרה מהי פרקטיקה פרטית

עוד העלתה הביקורת כי:

1. אין לקופות החולים השונות הגדרה אחידה וברורה של מהם המקרים הנכנסים בגדר הפרקטיקה הפרטית. עובדה זו גוררת הפעלה לא אחידה של הפוליסה לביטוח פרקטיקה פרטית על טיפולים שהעניקו רופאיהן במרפאות שונות. כך למשל יש מבוטחים שאינם ישראלים (תושבי יהודה ושומרון), המטופלים במרפאות פרטיות אשר אינן מבטחות עצמן, על ידי רופאים המבוטחים באמצעות קופות החולים בפוליסות פרקטיקה פרטית. במקרים שבהם מוגשת תביעה נגד אחד הרופאים האלה, הדבר נעשה באמצעות הפוליסות של קופת החולים. כך גדלות ההוצאות של קופות החולים בעקבות עליית הפרמיה. שאלת הפעלת הפוליסה של פרקטיקה פרטית עולה גם לגבי מרפאות פרטיות המעניקות שירותים לעובדים זרים ולתיירים ולגבי מרפאות פרטיות לטיפול רפואי מייד (מוקדים רפואיים פרטיים) שבהן מועסקים רופאי קופות החולים המבוטחים בפוליסה לביטוח פרקטיקה פרטית באמצעות הקופות.

2. מבוטחים רבים אינם מעניקים כיסוי ביטוחי לעבודה עבור קופות חולים או מוסדות אחרים, כאשר התשלום לרופא אינו נעשה ישירות אליו או לחברה שבבעלותו, אלא לדוגמה למוסד רפואי או למרפאה שמועסק בה הרופא.

3. בהסכמים הקיבוציים השונים אין הגדרה של פרקטיקה פרטית, ובפוליסות הפרקטיקה הפרטית השונות יש שוני מהותי בין הכיסויים הביטוחיים.

4. פוליסת הפרקטיקה הפרטית של עובדי המדינה אינה נותנת כיסוי ביטוחי אם הרופא מועסק על ידי מקומות כגון מרפאות כירורגיות אלא רק אם הרופא מנתח באופן פרטי ומשתמש במתקניו של המוסד הרפואי.

ביולי 2011, לקראת סיום הביקורת, הוסדר נושא ביטוח הפרקטיקה הפרטית שנעשה לרופאי לאומית, וזאת על ידי חחרגת טיפולים רפואיים שמעניק הרופא עבור גורמים שונים לרבות כל גוף המספק טיפולים רפואיים. מאוחדת מסרה באוגוסט 2011 כי בכוונתה להחריג את תחולת הפוליסה עבור גופים שאמורים לבטח את עובדיהם, ולהתנות את תחולתה בעבודה במרפאה פרטית של הרופא ותמורת תשלום המגיע ישירות אליו. עם זאת ההגדרות טרם הוכנסו לפוליסות הביטוח, ולפיכך אינן בתוקף.

על קופות החולים להגדיר בכירור את המושג "מרפאה פרטית" תוך כדי קביעת מבחנים ברורים לצורת ההתקשרות שתִּכּה את רופאיה בביטוח פרקטיקה פרטית לעומת התקשרות שלא תִּכּה את רופאיה, ולכן יהיה עליהם לבטח את עצמם באופן פרטי. על המשרד לוודא שסוגיה זו תוסדר.

הר"י השיבה בדצמבר 2011 כי היא תומכת בהמלצת מבקר המדינה לפעול להגדרה ברורה יותר של המושג "פרקטיקה פרטית", במטרה לקבוע כללים ברורים יותר לביטוח שירותי הבריאות הפרטיים.

סבסוד צולב בין רופאים

הפעלת פרקטיקה פרטית או אי-הפעלתה

לא כל הרופאים מנהלים פרקטיקה פרטית אלא בעיקר רופאים בכירים וותיקים שחלקם הגדול גם מתגוררים במרכזי אוכלוסין גדולים כמו גוש דן, חיפה וירושלים. חלקם מנהלים בכירים או מומחים במסגרת בתי החולים.

הרופאים שאינם עוסקים בפרקטיקה פרטית הם בחלקם צעירים, בחלקם אינם עוסקים בתחומים מבוקשים ובחלקם עובדים בפריפריה. אך דווקא הרופאים הללו מסבסדים חלק מעלות פוליסות הביטוח של רופאים המנהלים פרקטיקה פרטית. מצב זה הוא בעייתי והוא יוצר עיוות בכלכלת הבריאות.

תחומי ההתמחות

קיים גם סבסוד צולב בין הרופאים המנהלים פרקטיקה פרטית באשר לעלות הסיכון של תחום התמחותם. רופאים העוסקים בתחומי הרפואה בעלי סיכון מוגבר משלמים אותה הפרמיה כמו רופאים שתחום התמחותם מסוכן פחות.

אגף התקציבים באוצר כתב בדצמבר 2011 כי הסבסוד הצולב בין רופאים במקצועות בעלי סיכון מוגבר לבין רופאים במקצועות אחרים עשוי ליצור ביקוש למקצועות הללו על אף הסיכון שבהם. המשרד, הר"י והאיגוד הישראלי לגינקולוגיה ומיילדות מסרו כי תמחור הפרמיה על פי רמת הסיכון במקצוע והטלת מלוא עלות הביטוח על תחומים מסוכנים עלולים להרתיע רופאים מלהתמחות בהם (כפי שהתרחש בארצות הברית), וכך לפגוע בזמינות השירותים הללו במערכת הבריאות. החמרה בתנאי העסקתם של הרופאים עלולה להוביל דווקא לקיצוץ בהיקף משרתם במערכת הציבורית כדי לעמוד בעלויות הגבוהות של הביטוח. לדבריהם מאחר שיעקר תשלום הפרמיה מוטל על המעסיק המשלם את סך הפרמיות אין חשיבות לתמחור הנ"ל ויש להימנע ממנו. כמו כן טענה הר"י כי לנוכח הכשל בתחום ביטוחי הרשלנות הרפואית ולנוכח המחסור בכוח אדם רפואי מיומן, יש להקל על רופאים לנהל פרקטיקה פרטית על ידי סבסוד עלות הביטוח כפי שקבעו ההסכמים הקיבוציים. לדבריה סיכון בתחום מסוים אינו מעיד בהכרח על פוטנציאל הכנסה גבוה יותר, שיכול לכסות עלויות ביטוח גבוהות. הר"י הבהירה כי יצירת מסלולי ביטוח נפרדים למקצועות הרפואה השונים עלולה לגרום לסירוב גורף מצד חברות הביטוח לבטח מקצועות בעלי סיכון מוגבר. שמירת הסולידריות בנשיאה בנטל עלויות הביטוח על ידי כלל אוכלוסיית הרופאים מאפשרת רכישת ביטוח בעלות סבירה והותרת השירות לציבור בתחומים אלה בעלות סבירה.

עם זאת מסרה הר"י כי היא תומכת בבחינה של מערכת פרמיות דיפרנציאלית אשר תדורג על פי אחד משני הקריטריונים האלה: הבחנה בין רופא המועסק במערכת הציבורית לבין רופא העוסק בפרקטיקה פרטית; או הבחנה על פי פוטנציאל השתכרות לצורך נטילת סיכונים גבוהים יותר ותשלום פרמיה גבוהה יותר בתחומים מסוימים.

למרות הבעייתיות הנזכרת לעיל, יש מקום שמשרד הבריאות והר"י יבחנו את מכלול השיקולים הנוגעים לעניין ויגבשו החלטה אם יש מקום לשנות את דרך גביית הפרמיה אגב ויסות הסבסוד הצולב וצמצומו.

מימון פוליסות לרופאים המועסקים בהיקפי משרה נמוכים

ההסכמים הקיבוציים שמכוחם מוציאים המוסדות הרפואיים את פוליסות הפרקטיקה הפרטית לא הגדירו מהם היקפי המשרה המזעריים המזכים בהטבה זו. לפיכך גם רופאים המועסקים במוסד רפואי בהיקף משרה נמוך נהנים ממימון 80% מהפוליסה בעלותה המופחתת במסגרת רכישתה על ידי המוסד. במקרים שבהם רכישת הפוליסה באופן פרטי ובמימון פרטי גבוהה במיוחד - כגון ברפואה פלסטית שבה עלות הפרמיה יכולה להגיע לעשרות אלפי דולרים לשנה - עלול להיווצר אינטרס לרופאים להמשיך את עבודתם במוסד הרפואי בהיקפי משרה נמוכים, ולו לצורך מימון 80% מהפרמיה המופחתת.

משרד מבקר המדינה מעיר כי במציאות כיום נדרש המוסד הרפואי הציבורי לממן פוליסה לרופא העוסק בעיקר בפרקטיקה פרטית. גם כאן נוצר עיוות בכלכלת הבריאות.

מאז 2011 כי ביטוח הפרקטיקה הפרטית ניתן לרופאים הנמנים עם הסגל המקצועי הקבוע בלבד. במהלך הביקורת, בספטמבר 2011, הגדירה הקופה "סגל קבוע" ככולל רופאים העובדים שמונה שעות בשבוע לפחות. לאומית מסרה למשרד מבקר המדינה כי במהלך הביקורת היא התנתה הוצאת פוליסה ב-50% משרה לרופאים שכירים חדשים שהצטרפו לקופה וב-30% לפחות לרופאים שכירים שהועסקו בקופה לפני מאי 2011.

לדעת משרד מבקר המדינה על המוסדות המוציאים את פוליסת הפרקטיקה הפרטית לרופאים לקבוע מינימום שיעור משרה בשירות הקופות, שיִזכה אותם רופאים גם בהטבה של מימון הפרמיה.

במענה על סוגיית הסבסוד הצולב של הרופאים בכל אחד מהנושאים הללו טענו הר"י והמשרד כי הכיסוי לפרקטיקה הפרטית הוא רק חלק מהכיסוי בפוליסה. נוסף עליו מקבלים הרופאים הגנה משפטית בהליך משמעת, בהליכים פליליים ובדיני עבודה בגין עבודת הבוקר. לפיכך ממילא קיים עירוב המפחית מעצמת הסבסוד הצולב. המשרד מסר כי המידע מהו חלקו של רכיש ביטוח הפרקטיקה הפרטית נמצא בידי המבטח בלבד.

ביטוח כפל של פוליסת הפרקטיקה הפרטית

הביקורת העלתה כי כל אחד מהמוסדות המעסיקים - בתי חולים וקופות חולים - מבטח בנפרד את הרופאים המועסקים אצלו בביטוחי פרקטיקה פרטית. כל מוסד כזה משלם את חלקו בפרמיה ומחייב את הרופא בחלקו בפרמיה.

רופאים רבים מועסקים בכמה מקומות, כגון בית חולים ממשלתי בשעות הבוקר וקופה אחת או יותר בשעות אחר הצהריים. חלקם מועסקים גם בבתי חולים פרטיים. לפיכך ייתכן שרופא כזה יהיה מבוטח עבור הפרקטיקה הפרטית שהוא מנהל (או אף אם אינו מנהל כזו) פעמיים ואפילו יותר.

כך נוצרת תופעה של כפל ביטוח וכפל תשלום של ההשתתפות העצמית של הרופאים בפרמיה, לעתים פי שלושה או פי ארבעה.

בחלק מהקופות, פוליסת הפרקטיקה הפרטית היא חלק מהפוליסה המכסה את הרופאים על עבודתם בקופה לרבות גילום עלותה. לפיכך לקופה יש אינטרס לגבות דמי השתתפות מרופאים רבים ככל האפשר כדי לכסות את עלות הביטוח לקופה.

הכללית השיבה כי רוב הרופאים העובדים במקום עבודה עיקרי נוסף מועסקים בה כעצמאיים, ולכן הם אינם מבוטחים באמצעותה בפוליסת פרקטיקה פרטית. הכללית אינה יכולה לבדוק אם יש לרופא כיסוי ביטוחי נוסף, אולם במקרים שבהם הרופא מבטח באמצעות גורם אחר הוא מבקש לעתים שלא לבטח אותו בכפל. תשלום הפרמיה עבור פוליסת הפרקטיקה הפרטית הוא גלובלי, ויש דיווח על מספר הרופאים המבטחים. עלות הפרמיה נקבעת על פי מודלים מורכבים הנבחנו על ידי אקטואר ועל פי משא ומתן עם המבטח בהתבסס על הערכת היקף התשלום בין היתר לפי מספר התביעות, מספר הפסיקות ומספר הרופאים. הסוכנות השיבה בדצמבר 2011 כי הכללית מכסה את רופאי השכירים, אשר אינם יכולים להיות מועסקים על ידי המדינה, ולכן לא יכול להיווצר כפל ביטוח ביניהם.

מכבי השיבה בנובמבר 2011 כי בשתי הפוליסות לביטוח פרקטיקה פרטית של רופאי מכבי (העצמאים והשכירים), הביטוח הוא חלק בלתי נפרד מהפוליסה לביטוח עבודת הבוקר⁶⁷. גובה הפרמיות מושפע מהערכת המבטחים לתוספת הסיכון הנובעת מהכיסוי לפרקטיקה פרטית, והפרמיות צמודות למספר המבטחים במכבי ולא למספר הרופאים. בכל מקרה לדברי מכבי הפיצויים הנפסקים בגין תביעה מכוסים על ידי אחת הפוליסות על פי היררכיה שנקבעה - המדינה, הכללית, מכבי, מאוחדת, לאומית או חלוקה בין הגופים - אך אין כפל פיצוי. אם תמחור הפרמיות לכל הפוליסות נעשה לפי ניסיון התביעות של כל פוליסה, לא אמור להיות כפל תשלום. הסוכנות השיבה כי במכבי לא עודכנו מאז 2008 הרשימות הכוללות את הזכאים לפוליסת פרקטיקה פרטית, ולכן עלול להיווצר מצב שבו נהנים הרופאים הן מכיסוי לפרקטיקה פרטית של מכבי והן מכיסוי של אר"ם.

מאוחדת השיבה בנובמבר 2011 כי רופאי אכן מבטחים בנושא הפרקטיקה הפרטית בכפל ביטוח ולעתים אף יותר. מאוחדת גם אינה בודקת אם הרופא עובד במוסד אחר ואם הפוליסה של מוסד זה מעניקה לו כיסוי מספיק על הפרקטיקה הפרטית.

לאומית השיבה בינואר 2012 כי היא מכסה בביטוח פרקטיקה פרטית את רופאי השכירים וכי ייתכן שחלקם עובדים גם עבור קופות אחרות, ואלו יכולים להיות מבטחים בכפל. לאומית מכסה גם את רופאי העצמאיים אשר ביקשו במפורש להצטרף לכיסוי הפרקטיקה הפרטית, ויכול להיווצר ביטוח כפל כאשר הרופא אינו מודע להיותו מבטח במקום נוסף.

עוד נמסר מהסוכנות כי למבטח אין עניין בכפל ביטוח של רופאים מפני שלאחר מיצוי תקרת הכיסוי בפוליסה האחת, עלול להינתן כיסוי על פי הפוליסה השנייה. המבטח אינו מזוכה בפרמיה נוספת בגין כפל כיסוי לפרקטיקה הפרטית מפני שהפרמיה נקבעת על פי ניסיון התביעות של המוסד המבטח, ולא על סמך מספר הרופאים המבטחים. בחלק מהקופות הפרמיה משולמת ללא הבחנה בין פעילותו של הרופא בקופה לבין פעילותו הפרטית. הקופות משלמות את הפרמיה במרוכז עבור הכיסוי הכולל והן גובות את השתתפות הרופאים על פי ההסכמים ביניהם לביניהן ללא מעורבות מצד המבטח. לאור כל זה לטענת הסוכנות מדובר בתופעה שולית של כפל ביטוח הפרקטיקה הפרטית, וניתן לפתרה אם הקופות יעניקו כיסוי זה רק לרופאים שיבקשו אותו ויעמדו בקריטריונים.

67 בניגוד לרופאי המדינה שלגביהם פוליסת הפרקטיקה הפרטית נפרדת מהכיסוי בענבל ולכן משלמים את הפרמיה, לרבות ההשתתפות העצמית, בנפרד.

משרד מבקר המדינה מעיר כי המידע כיצד מחושבות הפרמיות של הפוליסות לביטוח פרקטיקה פרטית, הן הנפרדת של המדינה והן המשולבות בפוליסה העיקרית של הקופות, נמצא בידיעת המבטח בלבד ואינו נמסר למדינה.

כפל ביטוח הפרקטיקה הפרטית בשניים או יותר גורם להטלת עול כספי מיותר על ציבור הרופאים. על המפקח על הביטוח ועל משרד הבריאות להידרש לבחינת תופעה זו.

הגנה משפטית שמספקת הסוכנות לרופאים עובדי מדינה על פעילותם בשעות הבוקר

הסכמי העבודה קובעים כי ההגנה המשפטית מפני הליכים משמעותיים ופלייליים וייצוג דיני עבודה בגין עבודתם במוסדות הבריאות של המדינה ניתנים על ידי מבטח מסחרי, והלכה למעשה על ידי הסוכנות, וכי כיוון זה מצורף לפוליסת הפרקטיקה הפרטית של הסוכנות.

הסוכנות כמבטח מסחרי כולל אפוא בפוליסות הביטוח שלו הגנה משפטית לרופאים עובדי המדינה מפני הליכים משמעותיים, פלייליים ודיני עבודה בגין עבודתם במוסדות של המדינה בשעות הבוקר. בכך עלול להיווצר חשש להיווצרות ניגוד עניינים כאשר מוגשת תביעה נגד המדינה וגם נגד גוף אחר המבטח אצל הסוכנות (למשל קופת חולים), וכך כבד נפתח הליך משמעותי או פליילי נגד רופא המדינה שהיה מעורב במקרה. ניגוד עניינים זה עלול לפגוע במדינה או ברופא. בתיק המשמעותי או הפליילי מגן עורך הדין מטעם הסוכנות על הרופא העובד בבית החולים הממשלתי, ועורך הדין והסוכנות חשופים למידע פנימי מהרופא כנגד המוסד הרפואי של המדינה. בתיק האזרחי מייצגת הסוכנות את הקופה הנתונה בעמדת יריבות מול בית החולים הממשלתי ועלולה לעשות שימוש במידע הזה.

הסוכנות כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי אין בסיס לחשש זה, שכן היא מטפלת בתביעות המערבות גורמים מבוטחים רבים ומנהלת אותן אגב הקפדה על "חומה סינית" בין המבוטחים; כן הסבירה כי החשש האמור יכול להתעורר בסיטואציה נדירה שבה פונה רופא מדינה לייצוג משפטי בהליך משמעותי לגבי אירוע שאחר כך תוגש בגינו תביעה אזרחית המערבת גורמים נוספים; התביעות מתנהלות בפערי זמן של שנים זו מזו, וצריך כוונת זדון כדי לאתר ולקבל את המידע; הסוכנות ממנה עורכי דין חיצוניים לייצוג הרופאים בהליכים משמעותיים ופלייליים, וברוב המקרים הם אינם מטפלים גם בתביעות הרשלנות הרפואית; עורכי הדין חבים בחובת נאמנות כלפי הרופאים, וכל העברת מידע במסגרת חיסיון עורך דין-לקוח תהיה הפרה גסה של כללי האתיקה של לשכת עורכי הדין.

הסוכנות והר"י השיבו בנובמבר ובדצמבר 2011 כי דווקא מתן כיוון על ידי ענבל עלול ליצור ניגודי עניינים, כאשר המדינה תממן את ההגנה המשפטית להליכים משמעותיים, פלייליים או סכסוכי עבודה שהיא עצמה נוקטת כלפי הרופא. ענבל השיבה בעניין זה כי ההגנה המשפטית לרופאים ניתנת באמצעות עורכי דין פרטיים, המקבלים ייפוי כוח מהרופא וחבים לו נאמנות. תפקידה של ענבל מסתכם בניהול מערך הייצוג, לרבות הקמת מאגר עורכי דין, הפניית רופא לעורך הדין ותשלום שכר טרחה הממומן מהקרן הפנימית. מערך זה מנוהל על ידי ענבל לכלל עובדי המדינה⁶⁸ כדי להעניק לעובדי המדינה הגנה בהליכים פלייליים-משמעותיים וכדי להימנע מניגוד עניינים בהיותה של המדינה גם המאשימה. ענבל מסרה בינואר 2012 כי היא מחלקת את התיקים באופן שעורכי הדין המייצגים את הרופא בהליכים משמעותיים או פלייליים לא יטפלו בתביעות אזרחיות בגין רשלנות רפואית. עורכי הדין המייצגים את הרופאים חבים חובת נאמנות, והמידע הנמסר להם

68 לפי החלטת ועדת שרים לענייני חקיקה מיום 20.10.02 חק/1229.

על ידי הרופאים אינו עובר לגורמי התביעה המשמעתית (נציב התלונות במשרד) או הפלילית (פרקליטות). ענבל ציינה כי הצוות הסייעודי והצוות הפרא-רפואי בבית החולים מקבלים ייצוג משפטי בהליך משמעת או פלילי מהקרן הפנימית לביטוחי הממשלה בהנהלת ענבל, וכך נמנע ניגוד העניינים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מאחר שחלפו 17 שנים מאז נחתמו ההסכמים הקיבוציים, שבמהלכן השתנתה המציאות, מוצע כי המשרד, החשב הכללי, ענבל והר"י יבחנו את הסדר הביטוח לרופאים עובדי המדינה ובין היתר את האפשרות להעניק להם כיסוי ביטוחי מלא. כן יש מקום לבחון אם ההגנה המשפטית הניתנת כיום על ידי הסוכנות עבור שעות העבודה בשירות המדינה אינה יוצרת, ולו במקרים נדירים, חשש לניגוד עניינים.

הותרת רופאים ללא כיסוי ביטוחי לאחריות מקצועית-רפואית במסגרת מוסדות פרטיים

מוסדות רפואיים פרטיים אינם מחויבים כאמור בביטוח אחריות מקצועית-רפואית לרשלנות רפואית. לכן כאשר פועלים במסגרתם רופאים בשעות אחר הצהריים והערב הם מסתמכים על ביטוח האחריות המקצועית-רפואית של הפרקטיקה הפרטית של הרופאים שאותו הלכה למעשה מממנת המדינה. כך ניתן סבסוד לאותם מוסדות פרטיים על חשבון כספי הציבור. ואולם, באשר לרופאים המנתחים, הסוברים שהם מבוטחים, הרי שמשרד מבקר המדינה מצא כי פוליסות אלו כוללות לעתים החרגות מפורשות לביצוע פעולות במוסד רפואי פרטי המותרות את הרופאים ללא כיסוי ביטוחי, כאשר הם מבצעים ניתוחים או פעולות אחרות באופן פרטי בהשתמשם במתקני המוסד הרפואי הפרטי. בביקורת נמצאה דוגמה אחת שבה אחד מבתי החולים הפרטיים אינו מבטח את עבודתם הפרטית של הרופאים הפועלים בין כתליו ובד בבד קופת חולים מחריגה בפוליסת הפרקטיקה הפרטית ביצוע פעולות באותו מוסד.

משרד מבקר המדינה מעיר כי לנוכח מצב זה, רופאי אותה קופת חולים עלולים להיוותר ללא כיסוי ביטוחי בעת עבודתם בבית החולים הפרטי בשעות שלאחר פעילות הבוקר בקופת החולים.

קופת החולים השיבה בנובמבר 2011 כי מתקיימים דיונים וניסיונות להסדרת הנושא הביטוחי לפעילות הניתוחית מול המוסד הרפואי הפרטי.

משרד מבקר המדינה מצא כמה וכמה קשיים ובעיות במימון הפרקטיקה הפרטית היוצרת עיוות גם בהקצאת מקורות: כספי תקציב משרד הבריאות המועברים לבתי החולים מממנים את עלות פוליסות הפרקטיקה הפרטית; אין הגדרה אחידה של המונח פרקטיקה פרטית, ולפיכך ביטוח הפרקטיקה הפרטית, הממומן ברובו על ידי המדינה, מנוצל על ידי מוסדות רפואיים הנמנעים מלבטח את עצמם; בה בעת, רופאים שאינם עוסקים בפרקטיקה פרטית (צעירים או כאלה העובדים כפריפריה) מסבסדים את עלות פוליסות הביטוח של רופאים בכירים המנהלים פרקטיקה פרטית; יוצא שפעמים המוסד הרפואי הציבורי מממן פוליסה לרופא שעוסק בעיקר בפרקטיקה פרטית וממעט לעבוד במוסד הציבורי; ולבסוף, עלול להתעורר מצב שבו רופאים המעניקים טיפול פרטי בבתי חולים פרטיים שאינם מבטחים אותם, לאחר פעילותם הממשלתית-ציבורית בשעות הבוקר, עלולים להיוותר ללא כיסוי ביטוחי בגין טיפול זה. עיוותים אלה טעונים בחינה ובדיקה יסודיות.

הסדרי פוליסת הביטוח לפרקטיקה פרטית של רופאים נקבעו במסגרת הסכמי עבודה קיבוציים שנחתמו לפני 17 שנים ולא עברו ריענון ועדכון, זאת על אף הגידול הניכר שחל בשנים האחרונות בהיקף הפרקטיקה הפרטית מאז כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף והסדרת תכניות השב"ן.

לדעת משרד מבקר המדינה על משרד הבריאות לבחון אם יש מקום לבצע בחינה מחודשת של נושא ביטוחי הפרקטיקה הפרטית לרבות שיטת מימוןם ולבחון חלופות. במקום שכספי תקציב משרד הבריאות המועברים לבתי החולים יממנו את עלות פוליסות הפרקטיקה הפרטית, יש לתת את הדעת לעיוות שנוצר מבחינת כלכלת הבריאות ולפעול לתיקונו ולהסדרתו.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 את הדברים האלה: המבקר היטיב לתאר את הכשלים הרבים הגלומים בהסדרים הקיימים לביטוח הפרקטיקה הפרטית; משרד האוצר ער לכשלים אלו אך נדרשת הסכמת הר"י לשינוי בהסכם הקיבוצי שטרם הושגה; החלת חובת ביטוח למוסדות פרטיים תאפשר להסיר חסם בולט בפני תיקון הסדרי ביטוח הפרקטיקה הפרטית הקיימים; ולאור הערות המבקר, בכוונת אגף תקציבים, אגף החשב הכללי והמפקח על הביטוח לבחון נושא זאת שוב.



נושא הביטוחים המקצועיים למוסדות רפואיים הוא סבוך ומרתיע חברות ביטוח הן בארץ הן בעולם מלהיכנס אליו. לפיכך הוא מחייב מומחיות וידע מקצועי ייחודי. נושא זה אינו זוכה לטיפול מעמיק הן במשרד האוצר אצל המפקח על הביטוח והן במשרד הבריאות. על שני המשרדים הללו לפעול לבחינה מעמיקה של התחום; על הממונה על הביטוח לשקול מינוי מומחה בעל ידע בתחום שיטפל בנושא; על הרשות להגבלים עסקיים לשקול אם לבצע בחינה יסודית של שוק ביטוחי הרשלנות הרפואית, ולבחון אם קיים מונופול בנושא ואת ההשלכות הנובעות ממנו.

על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לשקול אם יש מקום לקבוע בחקיקה חובת ביטוח על המוסדות הרפואיים (ביטוח מסחרי או ביטוח עצמי), בייחוד בכל הנוגע לתחומים בעלי סיכון מוגבר לתביעות; על משרד הבריאות לקבוע כללים ברורים למוסדות בריאות המבצעים ביטוח עצמי ולקבוע את שיטת הפיקוח המתאימה.

על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לבצע בחינה מחודשת, בתיאום ובשיתוף עם הר"י, של הנושאים המוסדרים בהסכם הקיבוצי ולבחון אם לאחר 17 שנה ובעקבות השינויים שהתרחשו בתחום זה יש מקום לשנות את ביטוחי הפרקטיקה הפרטית ואת מימוןם עלותם; כמו כן עליהם לבחון אם יש לשנות את גביית הפרמיה תוך כדי ויסות הסבסוד הצולב; על הקופות לבחון קביעת מבחנים לצורת ההתקשרות שתזכה את רופאיה בביטוח פרקטיקה פרטית.

הצעות לשינויים להקטנת ההוצאה בגין רשלנות רפואית

הכשלים בשוק ביטוחי הרשלנות הרפואית בארץ הובילו להקמת ועדות שונות במטרה לחפש פתרונות לצמצום עלויות בגין תביעות רשלנות רפואית ופתרונות נוספים להסדרי הביטוח הקיימים.

ניהול תביעות משותף בתחום המיילדות

כאמור, תחום הגינקולוגיה והמיילדות הוא בעל מאפיינים ייחודיים מבחינת היקפיו ומגמת העלייה במספר התביעות ובסכומן. בנוסף, תחום מעקב ההיריון והאבחון הגנטי כולל גורמים מטפלים רבים: טיפות חלב, קופות חולים, בתי חולים, מכונים פרטיים המבצעים אולטרסאונד ודיקור מי שפיר וכן רופאים פרטיים המבצעים מעקב היריון.

עקב ריבוי הגורמים המבצעים מעקב אחר האישה ההרה, יש קושי בהעברת מידע ותוצאות של בדיקות מגורם אחד למשנהו ויצירת רצף טיפולי בין טיפות החלב, קופות החולים, המגזר הפרטי ובתי החולים המטפלים.

מנתוני משרד האוצר עולה כי חל גידול בתביעות המוגשות נגד טיפות חלב בנושא זה. ענבל מסרה למשרד מבקר המדינה במאי 2011 כי מתוכנן ניסוי חלוץ בשיתוף הנהלת מחוז צפון והנהלה ארצית של לשכות הבריאות במטרה לשפר את איכות הטיפול, וכך להגביר את בטיחות המטופלות ההרות ולהפחית את הסיכון לרשלנות רפואית. הניסוי יכלול שינוי באופן העברת המידע בין כלל הגורמים המטפלים באישה ההרה לרבות טיפות חלב, רופאי הקופות ובתי החולים.

כאשר מוגשת תביעה על ידי ניזוק נוצרת יריבות משפטית בין הגורמים, המביאה להטלת אחריות, להטחת אשמה ולתביעות הדדיות. כל גורם מגן על אופן פעילותו אגב ניסיון להעצים את אחריותו של האחר. כל גורם המעורב התביעה מוציא כ-20%-10% מכספי התביעה עבור שכר טרחת עורכי דין והוצאות לניהול התביעה וכ-5% בגין חוות דעת מומחים. סך הכול כ-40% מהפיצויים הניתנים בעקבות תביעות רשלנות רפואית אינם מושקעים בענייני בריאות, וחלקם אף אינם משולמים לנפגע. על כך יש להוסיף את הזמן השיפוטי בבתי המשפט.

ענבל והכללית החלו לגבש תכנית להקמת מערך לניהול תביעות משותף באמצעות ענבל, בשלב ראשון רק בתחום הגינקולוגיה המיילדות. המטרה הייתה יצירת כתובת אחת לדרישות כספיות וגיבוש מנגנון גישור שיחלק את האחריות בין הגורמים השונים; צעד זה עשוי להביא לחיסכון כספי בגין הוכחת אחריות כל גורם בבתי המשפט; קיצור הזמן החולף מהאירוע ועד קבלת הפיצוי; והקמת בסיס מידע לניהול סיכונים משותף. ההליך הופסק על פי החלטת החשב הכללי במשרד האוצר למרות הסכמתו העקרונית של משרד הבריאות.

מאגף החשב הכללי במשרד האוצר נמסר בנובמבר 2011 כי ניתן להשיג אותם יתרונות, לרבות צמצום עלויות ניהול התביעות המשותפות למדינה ולכללית, באמצעות הסכם המגבש תפיסת הגנה כוללת לניהול תביעות המוגשות בתחום המיילדות, הסכם אותו החלו לגבש. אגף תקציבים במשרד האוצר מסר בדצמבר 2011 כי במועד הביקורת מתקיים משא ומתן בין משרד הבריאות, משרד האוצר וקופות החולים ליצירת הסדר הסכמי למניעת תביעות הדדיות שיספק מענה, ולו חלקי, לבעיית התביעות ההדדיות ועלותן.

הקמת קפטיב לאומי

ועדת בן דוד וברודט קבעה בשנת 1999 כי הממשלה, המבטחת באמצעות ענבל, משלמת פחות לביטוח מאשר מעסיקים אחרים המבוטחים בביטוח מסחרי. המלצותיה היו להקים קפטיב לאומי (להלן - קפטיב לאומי): להקים חברה ציבורית לא ממשלתית בבעלות הגופים הנושאים בעיקר הסיכון לרשלנות רפואית, לקבוע פרמיות ולאספן מכל גוף המספק שירותים רפואיים ודורש כיסוי ביטוחי. הוועדה בדקה ומצאה שהמהלך יוביל לחיסכון של עד 55 מיליון ש"ח בשנה; גם ועדת חלמיש, אשר לא גיבשה דוח סופי עקב חילוקי דעות במשרד האוצר, תמכה בהקמת קפטיב לאומי אשר יביא להפחתה ניכרת בפרמיות הביטוח ויאפשר ניהול סיכונים ריכוזי שיפעל להפחתה נוספת של העלויות; גם דוח מארש מ-2007 קבע כי הקמת קפטיב לאומי והוצאת החברות המסחריות מהשוק יכולות לחסוך 630 מיליון ש"ח לפחות בהתבסס על ההערכה המזערית של תשלומי פרמיה בסך 1.2 מיליארד ש"ח. יצוין כי גורמים שונים במערכת הבריאות חולקים על הערכה זו.

אגף התקציבים במשרד האוצר מסר בדצמבר 2011 כי הסכומים 1.2-5.2 מיליארד ש"ח לשנה מסתמכים על הערכת יתר של היקף הפרמיה השנתית המחושבת על פי עלויות בבתי חולים. עיקר החיסכון שעליו מצביעה מארש אמור לנבוע מהמעבר לביטוח עצמי ולא מקפטיב לאומי. עוד נמסר כי בשנת 2007 בעקבות המלצות מארש גובשה במשרד האוצר טיוטת הצעת מחליטים להקמת קרן משותפת למוסדות הבריאות הממשלתיים, לקופות החולים ולבתי החולים הציבוריים שאינם בבעלות ממשלתית או במימון ממשלתי. על פי הטיוטה תרכז הקרן את הפעילות של ניהול הסיכונים, של ניהול התביעות ושל ניהול העתודות של הגופים השונים בקרן, באמצעות רכישת השירותים במקור חוץ מגופים המתמחים בנושא. העתודות האקטואריות של כל גוף ינוהלו בנפרד, והפרמיות ייקבעו על ידי אקטואר חיצוני. בעת כתיבת הצעת המחליטים הוערך החיסכון השנתי למערכת הבריאות ב-40% מהפרמיה השנתית, וכיעד שמרני נקבע סכום של 130 מיליון ש"ח. הצעת המחליטים לא הוגשה לאישור הממשלה.

עוד נמסר מאגף תקציבים באוצר כי בשנים האחרונות פעלו כמה מוסדות רפואיים (לאומית, הסתדרות מדיצינית הדסה ושערי צדק) ליצירת קרנות פנימיות לביטוח עצמי וכי הם צפויים לחסוך במידה רבה בהוצאות על ביטוח רשלנות רפואית. פתרון זה של קרן פנימית טומן בחובו את כל היתרונות של קפטיב לאומי למעט החיסכון הנובע מניהול תביעות משותף. משרד האוצר ימשיך לעקוב אחר קידום הקמתן של קרנות פנימיות במוסדות בריאות נוספים שכיום מציעות את הפתרון המועדף לרוב הכשלים העולים בדוח ביקורת זה. בימים אלו מתקיים משא ומתן בין משרדי הבריאות, האוצר וקופות החולים ליצירת הסדר הסכמי למניעת תביעות הדדיות שיספק מענה, ולו חלקי, לבעיית התביעות ההדדיות ולעלותן.

הסוכנות מסרה בנובמבר 2011 כי הוועדות שהסיקו כי קפטיב לאומי עשוי לחסוך עשרות מיליוני ש"ח התבססו על השערות לא נכונות לגבי הפרמיות המשולמות ולגבי עלויות התביעות. קפטיב לאומי יישא בעלויות הגאות של התביעות, בהוצאות ניהול מקצועי (ניהול פיננסי, ניהול תביעות, אקטואריה, ניהול סיכונים וכדומה) ובעלויות רכישת ביטוח קטטרופות ממבטחי משנה, וכך יגרם לגירעון במערכת הבריאות.

פיצוי ללא קביעת אָשָם בתחום היריון ולידה

ביוני 2010 הגיש חבר הכנסת מאיר שטרית הצעת חוק פרטית⁶⁹ הקובעת מודל לפיצויי נפגעי רשלנות רפואית בהיריון ובלידה ללא צורך בהוכחת רשלנות, כמו במקרה של נפגעי תאונות דרכים. כלומר לידת תינוק בעל מום כשלעצמה תזכה בפיצוי. מדובר בפיצוי במקרים האלה: רשלנות במתן ייעוץ גנטי, אי-אבחון מומים בבדיקת אולטרסאונד, אי-אבחנה של תסמונות נדירות וכשלים במהלך הלידה. על פי הצעת החוק יפוצו ילודים הסובלים ממום מולד גם כשלא בוצעה כנגדם כל רשלנות; יוגבלו הפיצויים שייפסקו בגין נזקים לילודים; ועדה רפואית מטעם משרד הבריאות תבחן את תביעות הפיצויים ותכריע בהן על פי רשימה קבועה. הר"י הביעה את תמיכתה בהצעת החוק וגם בשינוי להצעה ולפיו יוכלו החולה ומשפחתו לבחור בין פנייה לוועדה רפואית על פי הצעת החוק לבין הגשת תביעה לבית המשפט לרבות החובה להוכיח רשלנות, על פי המצב המשפטי הקיים כיום.

היתרונות בהצעת החוק הם: פיצוי כל הניזוקים ללא קשר למידת הצלחתם בהוכחת רשלנות התלויה לעתים בדרך ניהול המשפט, ברמת עורכי הדין או המומחים הנשכרים על ידם ובקביעות בתי המשפט; פיצוי מגזרים שדתם אינה מתירה לבצע הפלות, ולכן עלולים להישאר ללא פיצוי מחמת אחריותם החלקית לנושא ("רשלנות תורמת"); חיסכון של חלק ניכר מהעלויות להוכחת הרשלנות - כספים היורדים לטמיון והיכולים לפצות ניזוקים רבים יותר; הפחתת הרפואה המתגוננת בתחום, ובכלל זאת הפחתת מספר הבדיקות המיותרות וחיסכון ההוצאות בגינן; הפחתת חששם של גניקולוגים להתמחות בתחום; הקדמת פיצוי המשפחות עקב חיסכון הזמן הדרוש להוכחת רשלנות בבתי המשפט וכך להביא לשיפור המצב כיום שבו נאלצות משפחות הנזקקות למימון הטיפול בילדיהן הפגועים להמתין שנים רבות עד סיום הדיונים בבתי המשפט. יוזמי החוק טוענים שהוא אף ביא לחיסכון כספי, וזאת עקב הגבלת סכום הפיצוי.

החסרונות של החוק המוצע המועלים, בין היתר, על ידי משרד האוצר הם: הפליית ילדים שנפגעו מגורמים אחרים, כגון תאונות, שלא ייכנסו לגדר החוק ולכן לא יקבלו פיצוי מיד; חשש מהגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות בשל גידול אפשרי במספר התובעים שלא בוצעה נגדם רשלנות (למשל פגיעה ממומים או ממחלות שאינם ניתנים לאבחון); פיצוי לתובעים שנהגו ברשלנות תורמת בגין אי-ביצוע בדיקות נדרש ולתובעים שנוקיהם קלים ולא היו פונים לבית המשפט עקב הקושי הכרוך בכך; האפשרות שתובעים פגועים קשה ממילא לא יסתפקו בפיצוי המוגבל ויפנו לתביעה בדרך הרגילה; משרד האוצר טוען גם כי המנגנון הקיים לתשלום הוא קצבת נכות, והפיצוי על פי החוק המוצע יהיה תוספת לא מוצדקת לקצבת הנכות; האוצר גם מתנגד לביטול הצורך בהוכחת רשלנות רפואית בטענה כי אין להפלות תובעים בתביעות נזיקין אחרות שבהן נדרשים להוכיח רשלנות כדי לזכות בפיצוי וכי אין סיבה לוותר על חובה זו דווקא בתביעות רשלנות רפואית; פיצוי למומים שהרפואה אינה אחראית להם, אינו אמור להינתן מתקציב בתי החולים אלא מהמוסד לביטוח לאומי.

לשכת עורכי הדין בישראל מסרה בנובמבר 2011 כי היא מתנגדת להצעת החוק מכמה סיבות וביניהן: הפיצוי על פי הצעת החוק לא יעלה על 250,000 ש"ח, כאשר מסכום זה ינוכו התגמולים שישלם המוסד לביטוח הלאומי. בתביעות של נפגעי שיתוק מוחין לדוגמה שבהן מגיע השווי המהווה של תגמולים אלו לסכומים של 1-2 מיליון ש"ח, תיווצר יתרה שלילית; דיני הנזיקין מבוססים על עקרון השבת המצב לקדמותו והגבלת הפיצוי סותרת עיקרון זה; הצעה זו תפגע בזכויותיהם של נפגעים מתחום המיילדות שלעתים סובלים מפגיעות קשות ואין הצדקה חוקתית להפלותם לרעה⁷⁰.

69 הצעת חוק פיצוי לפגועים מלידתם, התש"ע-2010, פ/2516/18.

70 ראו אסף פוזנר "הצעת חוק פיצוי לנפגעים מלידתם, התש"ע-2010: פיצויים ללא אשם במבחן המציאות", רפואה ומשפט 43 (ינואר 2011) בעמ' 110 (להלן - מאמרו של אסף פוזנר).

ביולי 2010 בדק המשרד את הצעת החוק במתכונתה דאו לרבות הסוגיות החוקתיות העולות ממנה. המשרד מסר בדצמבר 2011 כי ההצעה אמורה לעלות לדיון במסגרת ועדה שמינה שר המשפטים בנושא "הולדה בעולה" וכי לאחר בחינת חוקיותה והאפשרות ליישמה, יהיה מקום לבחון את עלותה הכלכלית.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי שבמסגרת בדיקת ההצעה יבדקו המשרדים הרלוונטיים גם ניסיונות לקידום חקיקה דומה שנערכו במדינות שונות בעולם ויבחנו את השלכותיהם של הניסיונות הללו לגבי יישום במערכת הרפואית בארץ⁷¹. כמו כן עליהם לבחון את העלויות של יישום החקיקה⁷².

הגבלת הפיצויים בגין כאב וסבל בתביעות רשלנות רפואית

אחד הנושאים שבהם דנה ועדת שפניץ, היה הקטנת ההוצאה הציבורית באמצעות הגבלת הפיצויים בגין נזק לא ממוני⁷³. לפני הוועדה נשמעו דעות המתנגדות להגבלת הפיצויים ובצדן עמדות התומכות בה. לפיכך נותרה שאלת הגבלת הפיצויים במחלוקת.

משרד האוצר ומשרד הבריאות תמכו בהפחתת הפיצויים בגין נזק לא ממוני מהנימוקים האלה: לתביעות רשלנות רפואית יש מאפיינים ייחודיים המצביעים על מגמת גידול במספר התביעות ובהיקף הפיצויים הנפסקים ומצדיקים אסדרה ייחודית בחקיקה; הגידול בעלויות מקטין את היקף המשאבים שאותן יכולה מערכת הבריאות להקצות לשירותי הרפואה האחרים, ולכן צמצום היקף הפיצויים יפחית את עלויות הביטוח המקצועי ויתרום בכך לאינטרס הציבורי; קביעת סכומים מדויקים תגדיל את הוודאות ותאפשר למבטחים להעריך במדויק את הסיכונים ואת הסכומים שעמם הם צפויים להתמודד; הגבלת סכומי הפיצוי אינה מחייבת מעבר לכלל אחריות מוחלטת (פיצוי ללא צורך בהוכחת אשם); לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975 (להלן - הפלת"ד) ניתן לאמץ את מנגנון הפיצוי לנפגעי תאונות דרכים; הגבלת הפיצויים היא חוקתית מאחר שהיא סבירה ונועדה למטרה ראויה - חיסכון משאבים ברפואה והעברתם מהוצאה לפיצויים להוצאה לטיפולים רפואיים; מדינות שונות בארצות הברית יזמו בשנים האחרונות כמה רפורמות בחקיקה שנועדו להגביל את היקף ההוצאה לפיצוי בגין רשלנות רפואית, בין היתר, על ידי הגבלת היקף הפיצויים בגין נזק לא ממוני.

71 יש מחלוקת בין גורמים שונים באשר להצלחת התכנית להגבלת הפיצויים במדינות אחרות; פרופ' מוטי שוחט טוען כי בניו זילנד נחסכות הוצאות אדמיניסטרטיביות המגיעות ל-50% מסכום התביעה בתביעות רשלנות רפואית לעומת הוצאות של 10% בשיטת פיצוי ללא אשם, ראו תגובת שוחט למאמרו של פוונר בעמ' 135 למאמר.

72 כך למשל במאמרו של טום בייקר מובא מחקר שבוצע בקליפורניה בארצות הברית ב-1974, "The California Medical Insurance Feasibility Study" שבחן את כדאיות החלופה של "פיצוי ללא אשם". נמצא כי רק שיעור נמוך מן המטופלים שניזוקו קיבלו פיצוי במסגרת תביעות בגין רשלנות רפואית (בין אחד ל-25 לבין אחד ל-100 מטופלים שניזוקו קיבלו פיצוי). על פי המחקר פי 25 מטופלים לפחות יקבלו פיצוי במערכת של "פיצוי ללא אשם" לעומת מערכת המחייבת להוכיח אחריות. מסקנת המחקר הייתה כי חקיקה המעניקה פיצוי ללא אשם תגדיל בהרבה את העלויות בגין רשלנות רפואית לעומת מערכת של הוכחת אשם במסגרת תביעות נזיקין בבתי המשפט.

73 ועדת שפניץ עמ' 6-12.

משרד המשפטים סבר שאין מקום להגבלת הפיצויים מהנימוקים שעיקרם להלן: ההסדר על פי הפלת"ד אינו מתאים לתביעות רשלנות רפואית ולעתים שאלת הקשר הסיבתי בתביעות רשלנות רפואית מסובכת הרבה יותר מהשאלה בתביעות על פי חוק הפלת"ד; הגבלת הפיצויים משמעותם הפחתה מלאכותית של עלות הפעילות המזיקה למזיק, והתוצאה הקטנת התמריץ להשקיע במניעת הנזק; ככל שהנזק חמור יותר, כך קשה יותר הפגיעה בניזוק לנוכח ההגבלה; אין להסתמך על ארצות הברית שבה, בניגוד לישראל, הרופאים נושאים בעצמם בהוצאות ביטוח האחריות המקצועית, ולא המוסדות המעסיקים אותם; הגבלת הפיצויים בגין נזק לא ממוני חורגת משיטות המשפט השונות, ולפיכך ספק אם היא חוקתית בין היתר בשל הפגיעה בעקרון השוויון וספק אם היא עומדת בדרישת המידתיות שבפסקת ההגבלה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו וביכולתו לממש את הזכות להגנה על שלמות הגוף; בפני הוועדה לא הוצג אומדן החיסכון הצפוי מהגבלת התקרה ולכן אי-אפשר לאמור את היחס בין התועלת לציבור לבין הנזק לתובעים הנגרמים מהגבלת סכום התביעה; הגבלת הפיצויים מפלה מאחר שתיצור הבחנה בין תובעים בתביעות רשלנות רפואית לבין תובעים בתביעות נזקי גוף אחרות, ולכן יש לבחון אם ניתן להצדיק את הקיצוץ בפיצויים דווקא לגבי נפגעים התובעים את מערכת הבריאות.

אגף התקציבים במשרד האוצר מסר בדצמבר 2011 כי עמדת משרדי האוצר והבריאות כפי שבאה לידי ביטוי בדיוני ועדת שפניץ ובהמלצות ועדת חלמיש היא שיש להגביל בחוק את סכומי הפיצויים בגין נזק לא ממוני וכן להגביל את שכר הטרחה של עורכי דין בתיקי רשלנות רפואית. שני רכיבים אלו הם ה"מנועים" החשובים בגידול בעלויות הרשלנות הרפואית בישראל. הנטל העודף על מערכת הבריאות בגין עלויות ההתדיינות המשפטית והאמרת סכומי הפיצויים הוא גם מקור הכנסה לא אכזב לגורמים רבים המהווים קבוצת עניין המתנגדת לכל תיקון חקיקה בתחום. לאור הפגיעה המתמשכת בשירותי הבריאות הציבוריים, עמדת אגף התקציבים היא כי למרות התנגדות משרד המשפטים לתיקוני החקיקה כאמור, על הממשלה לשוב ולבחון את עמדתה בנושא. על משרד הבריאות והר"י, כמייצגים של מערכת הבריאות בזירה הפוליטית והציבורית, להטות את מלוא כובד משקלם לקידום המהלך.

קיצור תקופת ההתיישנות

כאמור, על פי חוק ההתיישנות בחישוב תקופת ההתיישנות, לא בא במניין הזמן שבו טרם מלאו לתובע 18 שנה באופן שפגועי לידה יכולים להגיש תביעה על הנזק שנגרם בלידתם עד 25 שנה לאחר המקרה. תקופת ההתיישנות הארוכה מגבירה את אי-הוודאות של המוסדות הרפואיים ומקשה עליהם לשמור את המסמכים הרלוונטיים, לזכור את פרטי האירוע ולזמן עדים; בכך היא מקשה עליהם להוכיח את חפותם. המסמכים הישנים סובלים מאיכות רישום ירודה מאחר שנוצרו בתקופה שבה היו סטנדרטים אחרים של תיעוד. תקופת ההתיישנות הארוכה יוצרת קושי למבטחים להעריך את הסיכון להגשת תביעות נגד המוסדות הרפואיים בגין אירועים שהתרחשו שנים רבות קודם לכן, ולפיכך גורמת לגביית פרמיות גבוהות מהמבטחים.

בתחום ביטוחי זה חולפות שנים רבות ממועד קרות האירוע הרפואי ועד מועד הגשת התביעה. לפי נתוני הסוכנות למעלה מ-50% מהתביעות (לא כולל מיילדות) מוגשות יותר מארבע שנים לאחר מועד האירוע, וכ-13% מתוכן מוגשות שבע שנים ומעלה מאז האירוע. במיילדות כ-58% מהתביעות מוגשות למעלה מחמש שנים מהאירוע, מתוכן למעלה מ-25% מוגשות כעשר שנים ויותר לאחר האירוע. על כך יש להוסיף את משך הזמן שבו מתנהלות התביעות בבתי המשפט שעומד לפי נתוני הסוכנות במוצע על שנתיים עד שש שנים כאשר 10% מהתביעות מתנהלות אף במשך יותר מעשר שנים.

ועדת שפניץ שבחנה את צמצום ההוצאה הציבורית בתביעות רשלנות מקצועית כחנה בין היתר את קיצור תקופת ההתיישנות. הוועדה הניחה כי קיצור התקופה יצמצם את מספר התביעות ויחזק את יכולתו של הנתבע להתגונן מפני תביעות, וכך יביא בסופו של דבר לצמצום בהוצאה הציבורית. דוח ועדת שפניץ הוגש על רקע קידומה של הצעת חוק ממשלתית שמטרתה הייתה להחליף את הדין שנקבע בחוק ההתיישנות בחקיקה חדשה שמגמתה לקצר את תקופת ההתיישנות, לרבות בתביעות רשלנות רפואית. לדברי הוועדה הצעת החוק מבקשת ליצור הסדר מאוזן וצודק יותר. חלק מהוראותיה של הצעת החוק יתרמו להגברת הוודאות המשפטית ויביאו להערכה מדויקת יותר של הסיכונים בתחום.

הייעוץ המשפטי של משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה ביולי 2011 כי הצעת חוק התיישנות שהוגשה על ידי משרד המשפטים⁷⁴ כללה סעיפים פרטניים לתביעות רשלנות רפואית. הצעת החוק עברה בקריאות ראשונה, שנייה ושלישית, ואולם בעקבות חילוקי דעות שהתעוררו בוועדת חוקה, חוק ומשפט משך משרד המשפטים את ההצעה, וזאת אחרי ששונתה מן היסוד בעקבות התנגדות שהביעה לשכת עורכי הדין.

בנובמבר 2010 פנה מנכ"ל משרד הבריאות למשרד המשפטים בבקשה לשקול את האפשרות לחדש את הטיפול בהצעת החוק. משרד הבריאות ציין כי להערכתו תביא הצעת החוק לצמצום ההוצאה הלאומית לבריאות, תקנה ודאות לנתבעים ולמבטחים, תאפשר הערכת סיכונים אמיתית ותחסוך עלויות הנובעות מהצורך לשמור ראיות לפרק זמן כה ממושך. בדיון שנערך בהשתתפות שר המשפטים פרופ' יעקב נאמן השיב משרד המשפטים למשרד הבריאות כי אין בכוונתו בשלב זה לקדם את הצעת החוק בשל חששו שתושג אותה התוצאה.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר מסר בנובמבר 2011 כי הוא תומך בקיצור תקופת ההתיישנות, אולם הניסיון לקצרה נתקל בסירוב מצד לשכת עורכי הדין ומצד משרד המשפטים כאמור לעיל.

לשכת עורכי הדין מסרה בדצמבר 2011 כי מתנגדת לקיצור תקופת ההתיישנות ולהלן אחדים מנימוקיה: ככל שיכולתו הכלכלית של הנפגע נמוכה, כך יורדת מודעותו לזכויותיו ופוחתת נגישותו לבתי משפט וסביר שיידרש לו זמן רב יותר כדי למצות את ההליכים ולזכות בפיצוי. לפיכך קיצור תקופת ההתיישנות יגן דווקא על הנתבעים החזקים בעלי "הכיסים העמוקים" במדינה, כלומר על חברות הביטוח מפני חשיפה ממושכת לתביעות משפטיות, ובד בבד יפגע בנגישותן של אוכלוסיות חברתיות חלשות - עולים חדשים, בני מיעוטים וחסרי אמצעים כלכליים - למצות את הדין ולקבל פיצוי.

משרד המשפטים מסר בדצמבר 2011 כי הוא פועל לקיצור תקופת ההתיישנות בין היתר בתביעות שעילתן טיפול רפואי במסגרת הצעת חוק דיני ממונות, התשע"א-2011 בתיאום עם שר המשפטים וכי ההצעה נמצאת בדיונים בוועדת החוקה של הכנסת.



לפיכך, למרות הבעיה ההולכת ומחמירה בתחום ועל אף ההצעות הרבות לפתרון והוועדות הרבות שפעלו, לא התקיים דיון ציבורי יסודי ומעמיק, הכולל את כל ההיבטים הקשורים לסוגיית הרשלנות הרפואית ובהתבסס על נתונים עדכניים ומקיפים באשר לעלויות הרשלנות הרפואית בכלל מוסדות הבריאות בישראל, ומשכך לא הוחלט על פתרונות ישימים. על המאסדרים - משרד הבריאות, משרד האוצר ומשרד המשפטים - לשקול לעומק את מכלול הנושאים הקשורים בתחום הרשלנות הרפואית ולקבל החלטות מעשיות.

ניהול סיכונים ובטיחות בטיפול הרפואי

כאמור, ניהול סיכונים הוא חלק מהמענה לתביעות רשלנות רפואית והוא כולל שני נושאים עיקריים: הראשון, ניהול סיכונים משפטיים (ניהול תביעות) - בחינה של שיטת הדיווח על הטעות הרפואית לחולה או למשפחתו; בחינת החבות הנזיקית, הכנת מסמכים ושמירתם בתיק הרפואי לצורך התגוננות ויצירת מוכנות של בית החולים לאפשרות שתוגש תביעה עתידית; בחינת עילה לדין משמעתי או פלילי נגד הרופא או גם נגד הצוות הרפואי. הרכיב השני הוא ניהול סיכונים מקצועיים הן בהתבוננות לאחור (ניהול סיכונים ריאקטיבי) והן בתצפית לעתיד (ניהול סיכונים פרואקטיבי). רכיב זה כולל את הפעולות למען אבטחת איכות ובטיחות ברפואה כדי להקטין את ההסתברות לנזק, ובכללן בחינת דרכי הדיווח על טעות שהתגלתה, תחקיר יסודי והסקת מסקנות, זאת ללא קשר לאפשרות שתוגש תביעה.

ניהול סיכונים מקצועיים ומשפטיים במוסדות רפואיים

היעדר מדיניות לפעילות מחלקות ניהול הסיכונים במוסדות

מחלקות לניהול סיכונים בבתי החולים

במוסדות רפואיים קיימות מערכות מקומיות של ניהול סיכונים העוסקות באיסוף דיווחים על אירועים חריגים ובאופן ניהולם. בתי חולים מבצעים בעיקר ניהול סיכונים משפטיים באמצעות יחידות מיוחדות שהם מפעילים לצורך כך. גודל היחידה משתנה בין בתי החולים. ענבל מבצעת את ניהול הסיכונים הארצי - המקצועי והמשפטי - של בתי החולים הממשלתיים מטעם המדינה. חברת בת של הסוכנות מבצעת פעילות לניהול סיכונים משפטיים, בשיתוף צוותי ניהול הסיכונים בבתי חולים ובקופות חולים המבוטחים על ידה.

ועדת שפניץ המליצה בנובמבר 2005 להקים מערך בטיחות וניהול סיכונים ברמה המקומית בכל אחד מהמוסדות הרפואיים ואף התייחסה בהמלצותיה להרכב היחידה. דוח מארש משנת 2007 קבע שמערכת ניהול סיכונים טובה במסגרת בתי חולים מחייבת את הפעולות האלה: הקמת יחידת ניהול סיכונים ייעודית במסגרת בית החולים; מעורבות אישית מצד ההנהלה הבכירה בפיתוח פרקטיקה של ניהול סיכונים; החלת פרטיות וחסיון מוחלטים על המידע; פיתוח פרקטיקות של שיתוף ידע ושל שקיפות מידע והטמעתן; ניתוח סיכונים ומעקב אחריהם; סטנדרטיזציה של פעילויות בית החולים; ניתוח ניסיון העבר העולה מכל תיקי המקרים ועוד.

בבתי חולים גדולים, כגון במרכז הרפואי תל אביב, פועלת יחידה לניהול סיכונים הכוללת מספר עובדים, ואילו בבתי חולים קטנים כגון במרכז הרפואי הממשלתי-עירוני בני ציון בחיפה (להלן - בני ציון) את עיקר פעילות ניהול הסיכונים מבצעים סגניו של המנהל והאחות הראשית, זאת נוסף על תפקידיהם האחרים. משרד מבקר המדינה בדק בספטמבר 2011 את היקפי מחלקות ניהול הסיכונים בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית, ולהלן ממצאיו:

המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (להלן - מרכז רפואי תל אביב) מסר כי צוות היחידה לניהול סיכונים כולל 11 אנשים - כעשר משרות; המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא (להלן - שיבא) מסר כי הוא מפעיל מחלקה ייעודית לניהול סיכונים שבה עוסקים עשרה אנשים בכשבע משרות; המרכז הרפואי אסף הרופא בצריפין (להלן - אסף הרופא) מסר כי ליחידה לניהול סיכונים לא הוקצו תקנים, אולם עוסקים בנושא מנהל יחידה, אחות ניהול סיכונים ומזכירה במשרות מלאות והם מועסקים על חשבון תקנים של מחלקות אחרות בבית החולים; בני ציון מסר כי בניהול סיכונים ובטיחות רפואית עוסקים חמישה אנשים מצוות ההנהלה העושים זאת, נוסף על תפקידם השוטף וכי אין מחלקה ייעודית שזה תפקידה הבלעדי; המרכז רפואי ע"ש א.וולפסון בחולון (להלן - וולפסון) מסר כי המחלקה לניהול סיכונים ולבטיחות המטופל נמצאת בהקמה וכי כרגע מועסקים בה שלושה עובדים; בית החולים לגליל המערבי, נהרייה (להלן - בית החולים נהרייה) מסר כי פועלת בו יחידה לניהול סיכונים הכוללת רופא, אחות, עורך דין וכן שתי מזכירות במשרה וחצי; המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, אשקלון (להלן - ברזילי) מסר כי פועלת בו יחידה לא רשמית לניהול סיכונים ולבטיחות המטופל המונה חמישה אנשים, שעושים עבודה זו נוסף על פעילותם השוטפת בבית החולים; המרכז הרפואי פוריה בטבריה (להלן - פוריה) מסר כי ביחידת ניהול הסיכונים הפועלת בו מועסקים שישה אנשים בשלוש וחצי משרות; המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה (להלן - הלל יפה) מסר כי פעילות ניהול הסיכונים מתקיימת על ידי רופא, אחות ומזכירה בחצי משרה; המרכז הרפואי רמב"ם בחיפה (להלן - רמב"ם) מסר כי מחלקת ניהול הסיכונים מונה עשרה עובדים בכשש וחצי משרות המחולקות ביניהם; המרכז הרפואי זיו בצפת (להלן - זיו) מסר כי סגן המנהל משמש בין שאר תפקידיו גם בתפקיד אחראי לניהול סיכונים נוסף על אחות ולמזכירה בחצי משרה; הכללית מסרה כי בכל אחד מבתי החולים שלה⁷⁵ פועלת יחידה לבטיחות המטופל ולניהול סיכונים הכוללת רופא, אחות בכירה ומזכירה בתקנים מלאים או חלקיים.

נמצא כי כל מוסד רפואי מבצע את ניהול הסיכונים על פי כללים שהוא קבע ובהיקף שונה של תמהיל הסיכונים המשפטיים והמקצועיים, וזאת ללא הנחיה וללא התוויית מדיניות מצד המשרד. עוד נמצא כי אין תקן ברמה הלאומית הקובע כללים באשר להקמת יחידות ניהול סיכונים במוסדות, להיקפי כוח האדם הנדרשים בהתאם לגודל המוסד ולהיקף פעילותו ופעילות היחידות. לפיכך כל מוסד מצא פתרון משל עצמו לתקני כוח האדם בנושא.

המשרד כתב למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2011 כי לרוב המוסדות הרפואיים קיימות מחלקות לניהול סיכונים וכי הוא החל בתהליך גיבוש סטנדרד למחלקות הללו. לצורך כך הוא עוסק בניסוח חוזר שיחייב את כלל המוסדות הרפואיים ושיעסוק במבנה היחידות, בתפקידיהן ובקביעת שיטת תקצובן בבתי החולים הממשלתיים.

75 מרכז רפואי רבין קמפוס בילינסון בפתח תקוה, בית חולים לילדים שניידר בפתח תקווה, המרכז הרפואי כרמל בחיפה, מרכז רפואי רבין קמפוס גולדה, מרכז רפואי קפלן ברחובות, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה בבאר שבע, מרכז רפואי העמק בעפולה, מרכז רפואי מאיר בכפר סבא והמרכז הרפואי יוספטל באילת.

משרד מבקר המדינה ממליץ כי המשרד בשיתוף ענבל יפעלו להגדרת סטנדרדים ליחידות ניהול סיכונים בבתי החולים הממשלתיים, לרבות תקצובן הן בתקנים והן כספית. כך יוכלו להתמודד עם נושא ניהול הסיכונים בדרך המיטבית. מוצע כי תיקבע מדיניות בנושא ויופצו נהלים מחייבים המסדירים את פעילות היחידות במוסדות הרפואיים, תוך כדי שיפור איכות ניהול הסיכונים הרפואיים מעבר לניהול הסיכונים המשפטיים. שיפור כזה עשוי להביא בטווח הרחוק לחיסכון בגין תביעות רשלנות רפואית, לחיסכון בעלויות הביטוח ולהפניית משאבים לטובת הרפואה.

מחלקות לניהול סיכונים בקופות החולים

בביקורת נמצא כי קופות החולים אינן מחויבות לבצע ניהול סיכונים וכי אין הנחיות של המשרד באשר לחובה להקים יחידה לניהול סיכונים, באשר להיקף פעילותה ובאשר לתקנים לאיושה בקופות החולים. להלן הממצאים בחלוקה לקופות החולים:

בכללית מתבצעת פעילות של ניהול סיכונים מול בתי החולים של הקופה ומול המחוזות; בכל בית חולים של הכללית פועלת יחידה לבטיחות המטופל ולניהול סיכונים, ובראשה עומדים רופא וכן אחות ומזכירה; הוקם בית ספר לניהול סיכונים במרכז הדרכה ארצי של הכללית בפתח תקווה המכשיר מנהלי מחלקות לניהול סיכונים ובטיחות; בבית חולים של הכללית, המרכז הרפואי מאיר בכפר סבא (להלן - מאיר), הוקם מרכז סימולציה לאולטרסאונד המדגים לרופאים את אברי גוף העובר ותרשישים רפואיים שונים; הכללית גם בנתה מודל תקציבי המעודד את מנהלי הסיכונים באמצעות תמריצים כלכליים או קנסות לשפר את איכות ניהול הסיכונים על ידי הגברת הדיווחים, הפניית רופאים למרכז הסימולציה ופעולות נוספות. הכללית עשתה זאת על ידי חטיבת הכספים ועל ידי חטיבות בתי החולים והקהילה ובשיתוף יועץ אקטואר המתמחה ברשלנות רפואית. הכללית מסרה בינואר 2012 כי היא מקיימת ועדת בקרה ואיכות באופן סדיר וועדה בכל בית חולים ומחוז. עוד מסרה כי סל שירותי הבריאות אינו כולל תקציב לניהול סיכונים למרות העלייה הדרמטית בהיקף התביעות בכל התחומים ולמרות ההתפתחות הטכנולוגית, ולכן יש לתקצב את הקופות ואת בתי החולים החוץ-ממשלתיים.

מכבי מקצה חמש משרות לצוות ניהול הסיכונים שלה. כמו כן בכל אחד ממחוזות הקופה מועסקים שלושה עד חמישה עובדים בנושא ניהול סיכונים נוסף על עבודתם השוטפת. במכבי קיים נוהל המחייב דיווח על אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע". האירועים הללו מְוּפָּים ובעקבותיהם מתבצעת הערכת סיכונים שמטרתה להפחיתם. מכבי גם מקיימת שישה כינוסים בשנה לרופאים עצמאיים⁷⁶ שבהם נידונים אירועים שהתרחשו ומוסקות מסקנות רפואיות המוטמעות בנהלים הפנימיים של הקופה. קופה זו מקיימת כינוסים לניהול סיכונים ולבטיחות הטיפול לפי תחומים רפואיים, המדגישים את הטיפול בסיכונים ספציפיים. עד נובמבר 2011 התקיימו 15 כינוסים מן הסוג הזה שהשתתפו בהם 521 רופאים. מכבי מקיימת קורסים בנושא בטיחות הטיפול וניהול סיכונים המיועדים לכלל המטפלים והמנהלים. כמו כן מכבי מפעילה "קו חם" לדיווח ולהתייעצות של רופאים על אירועים חריגים שפקדו אותם במהלך העבודה ועל אירועי "כמעט שנפגע".

לאומית מפעילה מדור לניהול סיכונים מאז 2009 הכולל רופא, עורך דין ואחות. המדור מנחה מקצועית צוותי ניהול סיכונים במחוזות הקופה ומפעיל תכנית עבודה שנתי, הכוללת השתלמות פעם בחצי שנה לגורמים העוסקים בנושא והרצאות למגוון מגזרים: רופאים, אחיות ורוקחים.

76 מכבי העסיקה 3,178 רופאים, נכון לדצמבר 2010 (90% מהם עצמאיים).

מאוחדת מעסיקה שני רופאים ואחות בתחום ניהול הסיכונים בהנהלת הקופה והם פעילים חלקית בנושא הן ברמה הארצית והן ברמה המחוזית. אין בקופה זו במחוזות בעלי תפקידים העוסקים בניהול סיכונים, לרבות בדיקת נקודות תורפה וסיכונים, טיפול בדרישה למידע רפואי והתייחסות רופאים; רופאי הקופה לא תודרכו כיצד לערוך תיעוד באופן מספק, ורק בשנת 2010 החלה הקופה לבצע הדרכות לאחיות, למזכירות למנהלי סניפים של הקופה, לעובדים סוציאליים ולפיזיותרפיסטים בנושאי ניהול סיכונים; גם בנושא הרגיש של גינקולוגיה ומיילדות נמצא כי מאוחדת אינה מבצעת הדרכות לרופאים לרבות גינקולוגים, למעט הדרכות בודדות לרופאים ראשוניים שהחלו בשנת 2010 בשתי ערים בלבד; מאז 2006 נערך יום עיון אחד בלבד לרופאים מחוזיים ולאחראים על רפואת נשים בצפון, במרכז ובדרום; מאוחדת גם אינה מקיימת פעילות המעוררת דיווח על אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע" כמקור להפקת לקחים מערכתית, ולראיה - מיעוט הדיווחים המתקבלים בהנהלת הקופה בגין אירועים חריגים; אין העברת מידע בין מחוזות הקופה באשר להתרחשות אירועים חריגים; הקופה הקצתה לרופאים תוכנת מחשב המסייעת לרופאים לטפל בחולים (איזימד) שהושקעו בה סכומים רבים אך בלא שנערך פיקוח על השימוש בה, ולפיכך התוכנה אינה תורמת לבטיחות המטופלים ולהפחתת הסיכונים; גם מדיווח של מנהל הסיכונים ליו"ר דירקטוריון הקופה לגבי שנת 2010 עולה כי רופאים רבים טרם עושים שימוש מינימלי במחשב, ולכן הם מנהלים תיקים דיניים או שאינם רושמים דבר.

מאוחדת השיבה בנובמבר 2011 כי מנכ"ל הקופה אישר להרחיב את פעילות ניהול הסיכונים למחוזות. לדבריה נוסף על פעילותה של מחלקת ניהול הסיכונים מוציא אגף הרפואה הנחיות המכוונות את הרופאים להקפדת יתר לביצוע בדיקות ואף משפר נהלים שמטרתם להבטיח את איכות הטיפול ואת בטיחותו ולמנוע כשלים. מאוחדת מסרה כי תגדיל את מספר הכינוסים המקצועיים המוקדשים לניהול סיכונים ולאבטחת איכות. גם אם רופאים חוטאים בהיקף הרישום בתיק הממוחשב, התיק הממוחשב בכל זאת מרכז את כלל הפעילות הרפואית של המטופל עקב תיעוד הבדיקות המבוצעות והתרופות הנרשמות והפניות ליועצים ומאוחדת מקפידה להעלות עניין זה בכנסים והשתלמויות.

במועד סיום הביקורת אישר המשרד חוזר בנושא ניהול סיכונים בקופות חולים⁷⁷ שיצא להתייחסות הקופות כבר ב-2010. החוזר קובע עקרונות להסדרת חובתה של קופת חולים לביצוע תהליך מסודר של ניהול סיכונים תוך כדי יצירת מנגנוני בקרה; מגדיר את חובת דירקטוריון הקופה להתוות מדיניות ניהול סיכונים ולפקח על ביצועה; יוצר מערך ניהול סיכונים שיוטמע בכל התהליכים בקופה; קובע את המינימום הנדרש לגודל היחידות.

הכללית כתבה בינואר 2012 למשרד מבקר המדינה כי חוזר המשרד התייחס לנושא ניהול סיכונים באופן כללי בארגונים אך לא התייחס לניהול סיכונים רפואי ולא קבע אמות מידה וקריטריונים אחידים ארציים לביצוע פעילות ניהול סיכונים, כך שהתחום נותר עדיין ללא טיפול.



על הקופות ליישם את האמור בחוזר שהוציא המשרד בנושא יחידות לניהול סיכונים בקופות, ועל המשרד לפקח על היישום. על המשרד לקבוע כללים מנחים למחלקות ניהול הסיכונים בבתי החולים ובקופות החולים בנושא הדרכת הרופאים לבטיחות ברפואה; הכנת הנחיות בנושא העברת רשומה רפואית בין מטפלים ליצירת רצף טיפולי; הפצת הנחיות באשר לאופן שבו יש לדווח על אירועים חריגים; שיפור מערכות הדיווח לניהול הסיכונים בקופה על אירועים חריגים שהתרחשו או על קשיים העלולים לגרום לאירועים חריגים.

דיווח על אירועים חריגים

אירועים חריגים המתרחשים במהלך טיפול רפואי מחויבים בדיווח לכמה גורמים. בדרגה התחתונה נמצאים אירועים של "כמעט שנפגע", ובהם לא נגרם שום נזק, הנמצאים בידיעת הצוות המטפל או הרופא הבורר ורובם אינם מדווחים; ישנם אירועים המחויבים בדיווח למחלקות ניהול הסיכונים של המוסדות הרפואיים כנגזרת כאמור מאיכות ניהול הסיכונים במוסד; ישנם אירועים החייבים בדיווח למבטחים על פי תנאי הביטוח (לענבל על ידי בתי החולים הממשלתיים או למבטחות המסחריות על ידי יתר המוסדות); בדרגה העליונה נמצאים אירועים חמורים החייבים בדיווח למשרד על פי תקנות בריאות העם (הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים), התש"ס-1980 (להלן - תקנות הודעה על פטירות ואירועים) ועל פי נוהל משרדי⁷⁸.

קיימת זכות לכל חולה לקבל דיווח על מצבו הבריאותי המלא לאחר הפעילות הרפואית, ובכלל זאת על אירועים חריגים שייכתן שהתרחשו תוך כדי הטיפול בו ועל הנזקים שהצוות הרפואי גרם לו ושמהם הוא עלול לסבול. כמו כן חשוב מאוד שהצוותים הרפואיים ידווחו על אודות אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע" למנהלי הסיכונים במוסדות, למבטחים ולמשרד הבריאות לצורך ריכוז המידע ולצורך הפקת לקחים מקומית ומערכתית.

הר"י מסרה כי אירועי "כמעט שנפגע" לרוב אינם מדווחים, ולפיכך אינם נבדקים. הגדרתם אינה מוסכמת עדיין, וכוללת הלכה למעשה כל מהלך, תהליך ופעולה, שלא בוצעו כראוי אך שלא הבשילו לכדי נזק או לפגיעה במטופל; פעולות כאלה יכולות להיות אפילו מחדלים שבסופו של דבר לא פגעו בחולה. דיווח על "כמעט שנפגע" משקף או מבטא דרגת בשלות של אקלים ניהולי-ארגוני בסביבה ציבורית ומשפטית המעודדת ומאפשרת דיווחים מסוג זה. לאומית מסרה כי אירועי "כמעט שנפגע" אינם נתפסים כאירועים חריגים וכי החשיבות של הדיווח עליהם אינה מוטמעת דייה.

הגילוי הנאות, ההתנצלות והדיווח לחולה על רשלנות רפואית בטיפול שקיבל

1. גילוי נאות לחולה על רשלנות רפואית: כאמור, זכותו של כל אדם לדעת מהו הטיפול שהוא עומד לקבל ומהו הטיפול שבסופו של דבר קיבל, לרבות אירועים, מעשים, מחדלים והוראות שהביאו אותו למצב הבריאותי שבו הוא נתון לאחר הטיפול, וזאת על סמך פסיקת בית המשפט⁷⁹. הלשכה לאתיקה של הר"י קבעה במאי 2004⁸⁰ כי הרופא מחויב מן הבחינה האתית

78 חוזר מינהל רפואה "חובת הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים" ממרץ 1998. נמסר מהמשרד בדצמבר 2010 כי הוא עומד להפיץ חוזר מעודכן.

79 רע"א 1412/94 הסתדרות מדיצינית הדסה עין-כרם נ' עפרה גלעד ואח', מט (2) 516, 526 (להלן - רע"א 1412/94).

80 מתוך נייר עמדה של הלשכה לאתיקה של הר"י בעניין חובת גילוי למטופל.

לדווח לחולה על כל טעות שחלה בטיפול בו ואשר יש לה השפעה על בריאותו או על המשך הטיפול בו⁸¹. גילוי כזה מותאם לעקרונות האתיים הבסיסיים: הוא נעשה לטובת החולה, מונע ממנו נזק נוסף, משמר את האוטונומיה שלו בבחירת המשך הטיפול ומבטא את השקיפות ואת היושר הנדרשים בקשר המקצועי והאנושי עמו. כנגד זכות החולה לקבל מידע עומדת חובת הרופא ובית החולים למסור לו את המידע שבידיהם באשר לטיפול שקיבל ולתוצאותיו. זכות זו נגזרת מחובת הזהירות הכללית שאלו חבים לחולה⁸².

על פי עמדת הר"י, חסמים מרובים קיימים בדרך להשתתת תרבות של חשיפה מלאה של טעויות ברפואה. האווירה הציבורית היא של "האָשָׁם, הַכֵּלֵם וְהַעֲנֵשׂ" את הרופא ששגה. רופאים חוששים בצדק כי גילוי כזה יגרור מיד בעקבותיו פרסום שלילי, אבדן מוניטין, אבדן מעמד מקצועי, אבדן חולים ותביעת רשלנות רפואית, בצד הליכים משמעתיים ומשפטיים שמחירם גבוה. לדעת הר"י יש ליצור גישה חברתית חדשה שבה יוכל הרופא לדווח בחופשיות על כל טעות שעשה בלי חשש מהשלכות משפטיות.

ועדת שפניץ קבעה כי סעיף 21 לחוק זכויות החולה נועד ליצור מנגנון שיאפשר לחולה לדעת מה אירע לו בעת הטיפול הרפואי אך גם יאפשר למוסדות להגיע לחקר האמת לשם הפקת הלקחים, תיקון הליקויים ואיתור האחראיים תוך כדי בדיקה אם יש לפתוח בהליך משמעתי או אחר.

עורכי דין פרטיים מתחום הרשלנות הרפואית מסרו למשרד מבקר המדינה עקב פנייתו במהלך הביקורת וכן הושמעו עמדות דומות בוועדת קלינג⁸³ על מקרים שבהם הוסתר מידע מחולים וממשפחותיהם על אודות נזקים שנגרמו במהלך טיפול רפואי. כמו כן כתבו עורכי הדין: רופאים מנסים להסתיר טעויות ואינם מפרסמים אותן כדי שלא לשאת בהשלכותיהן; אותן הטעויות מבוצעות לעתים גם על ידי רופאים אחרים, ולכן נגרמים נזקים מיותרים לחולים במקום להפיק לקחים; קיימת תרבות של הסתרת מידע בבתי חולים באשר לאירועים חריגים. גם יו"ר הר"י, ד"ר ליאוניד אידלמן, קבע בכנס העיתונות באילת בנובמבר 2010 כי המערכת הקיימת כיום מונעת הפקת לקחים. תלונות בנושא העלו עורכי הדין גם בדיון של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא ועדות חקירה במשרד הבריאות בפברואר 2004.

למרות העניין שיש למוסד שלא לחשוף פרטים על אודות כשלים בטיפול הרפואי שעלולים לחייבו בעתיד בתביעה אזרחית, על המשרד למצוא דרכים כדי לוודא כי תישמר זכותו של החולה לקבל פרטים מלאים על אודות האירועים הללו.

2. " חוק ה ת נ צ ל ו ת " : ברוב המדינות בארצות הברית נחקק "חוק ההתנצלות" (apology law) שבמסגרתו יכול מטפל לגלות למטופל על תקלה רפואית ואף להתנצל לפניו בלא חשש שמא שיחת התנצלות זו תשמש נגדו בתביעת נזיקין.

הר"י מסרה כי בשנים האחרונות אימצו מנהלי מחלקות בבתי חולים נוהג להתנצל לפני המטופל ומשפחתו על הנזק שנגרם, ולא כהליך מסודר ומובנה. הניסיון מלמד כי הדבר הביא לירידה ברמת התסכול והעוינות מצד מטופלים, הגביר את האמון הציבורי במוסד והביא להפחתת מספר התביעות כלפי המוסד. הטמעת הנושא מחייבת קביעת כללים באשר לנושאים האלה: אופן מסירת הודעת ההתנצלות; עיתוי המסירה; זהות מוסר ההודעה; משמעותה המשפטית של ההתנצלות וגילוי המידע הכרוך בה. בהיעדר כללים שימנעו שימוש לא נאות בגילוי למטופל, לא ישתנה דבר בתרבות הגילוי. הנושא מתוכנן לעלות לדיון במסגרת תת-ועדה של הפורום לבטיחות בטיפול, המתוכננת להתחיל את עבודתה בראשית 2012. הר"י כתבה גם כי היא תומכת באסדרת הנושא בחוק מתוך

81 הקוד האתי המקצועי של הרופאים העוסק בטעויות בטיפול הרפואי פרק ד.1. סעיף יח.
 82 ראו רע"א 1412/94 עמ' 526-527.
 83 דוח ועדת קלינג, עמ' 95.

אמונה כי המהלך יגביר את אמון הציבור ברופאים ויסייע לרופאים לטפל טוב יותר בגילוי הטעויות שנעשו. בחודשים האחרונים החלה הר"י באמצעות יו"ר הלשכה לאתיקה, לגבש יזמת חקיקה לאסדרת הנושא.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד המשפטים ולמשרד הבריאות לשקול לבחון חקיקה דומה לחוק ההתנצלות במטרה שהדבר יסייע ליצור שקיפות ביחסים בין המטפל והמטופל ולמנוע או להפחית הסתרת אירועים חריגים, שעלולה לפגוע בבריאות המטופלים, בגלל חשש מתביעה. כך יצומצמו נזקי המטופלים ויגבר האמון הציבורי במוסדות הרפואיים.

3. חוזר "אירועי בל יקרו": המשרד הפיץ בפברואר 2011 חוזר בנושא "אירועי בל יקרו" במטרה להפחית התרחשות אירועים מוגדרים אשר אין הצדקה להתרחשותם⁸⁴. המשרד יבחן את יעילות החוזר לאחר קבלת תגובות מבתי החולים. על פי החוזר, עם התרחשות אחד האירועים הללו מומלץ כי בית החולים ידווח למטופל או לבני משפחתו וישתף אותם בפעולות שנקטו ויינקטו למניעת הישנות האירוע, יבצע תחקיר או שיווה על ועדת בדיקה או על ועדת בקרה ואיכות. כמו כן באותו חוזר נקבע כי קופת החולים לא תשלם לבית החולים עבור אותו אשפוז שבמהלכו אירע המקרה החריג.

לדברי הר"י חוזר "אירועים בל יקרו" אינו הפתרון לסוגיה מאחר שאופי האירועים המחויבים בדיווח על פי החוזר הם בדרגת חומרה גבוהה בלבד. ענבל מסרה בנובמבר 2011 כי יש מקום לבחון אפשרות להעניק חיסיון לפעילות ניהול סיכונים במתכונת דומה למתכונת המוכרת בעולם ובהתאמה למציאות הרפואית-משפטית בישראל.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי מן הראוי להשלים את גיבוש החוזר באמצעות הטמעת השינויים הנדרשים בו בעקבות חודשי הפעלתו ולהפיץ את מסריו במערכת הבריאות וכך בכך לבחון אפשרויות נוספות להסדרת הנושא.

שאלת חיסיון דוחות ומסמכים רפואיים

בצד הצורך בדיווח על אירועים חריגים, קיימים חסמים לתרבות הגילוי של טעויות ברפואה. אחת הבעיות העיקריות של ניהול הסיכונים במוסדות הרפואיים היא היעדר חיסיון משפטי. על פי פסיקת בית המשפט העליון, רע"א 1412/94, התחקירים, הדיונים והמסמכים הנערכים במסגרת ניהול הסיכונים עלולים לשמש בהליכים משמעותיים ומשפטיים שייפתחו נגד הצוות הרפואי. הרופאים חוששים כי הגילוי יוביל לפרסום שלילי, לאבדן מוניטין ומעמד מקצועי, לפגיעה בקידום, לתביעה אזרחית בגין רשלנות רפואית ולהליך משמעת במשרד הבריאות. בעקבות הפסיקה הזו הודיעה הר"י כי היא ממליצה לרופאים, המוזמנים לעמוד לפני ועדות בדיקה, להיעזר ביועצים משפטיים. כך נפגעה היכולת לנהל בפתיחות תחקירים של אירועים חריגים. עד שנת 1995 היה נהוג לקיים בבתי החולים ישיבות "תחלואה ותמותה" שבמסגרתן היו מעלים לדיון בכל מחלקה רפואית תקלות רפואיות למטרת לימוד והפקת לקחים וזאת לעתים מול עשרות עמיתים למקצוע (כפי שהדבר מקובל ומבוצע עד היום בצה"ל, בחיל האוויר לדוגמה).

84 השארה בשגגה של גוף זר במהלך ניתוח שגרמה לנכות או הצריכה ניתוח נוסף להוצאתו; ניתוח של האיבר הלא נכון; גרימת כוויה מדרגה שנייה או מדרגה שלישית; טעות במתן דם או מוצריו שהובילה לפטירת המטופל.

למשרד מבקר המדינה דיווח על הפחתתן עד כדי הפסקתן של הישיבות בגלל חשש מחשיפת תוכנן לפני ערכאות משפטיות, תוך כדי פגיעה קשה בתהליך הפקת לקחים ובאופן הלימוד של הרופאים מתקלות שאירעו להם ולעמיתיהם.

לאומית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי היעדר חיסיון לתהליכי תחקיר של אירועים חריגים מטיל חסם משמעותי על דיווח מצד מטפלים, והדבר פוגם מהותית ביכולת הלמידה של ארגונים ומאט את קידום נושא בטיחות הטיפול. מכבי מסרה כי נושא זה טעון אסדרה בחקיקה שתקל על הרופאים לבצע גילוי נאות בלי לחשוש מהשלכות ביטוחיות ומשפטיות.

למשרד מבקר המדינה נמסר על שיטות שונות הננקטות בכתי החולים לבידור פרטי האירועים החריגים, באופן שלא יפגע ברופאים, כגון: כתי חולים העושים בידור לגבי נסיבות האירוע ומשמידים את החומר בתוך ימים מספר; העברת חומר התחקיר לעורך דין וזאת כדי לנסות לעשות שימוש בחסיון יחסי עורך דין-לקוח ולא לחשוף את המסמכים⁸⁵; קיום דיונים על המקרים החריגים במסגרת ישיבות בוקר של חלק ממחלקות האשפוז ללא תיעוד בכתב. נמצא כי אין הנחיות של המשרד לקיום ישיבות שיימסרו בהן דיווחים על אירועים חריגים.

על משרד הבריאות ועל משרד המשפטים לגבש פתרונות באשר לדרכים האפשריות לקיים תחקירים וועדות בדיקה במערכת הבריאות ולאפשר לימוד והפקת לקחים, למרות החשש כי מסמכים אלה יהיו חשופים בפני האדם הנפגע ויוכלו לשמש אותו כתביעת רשלנות נגד המוסד הרפואי והרופא המטפל.

המשרד השיב בדצמבר 2011 כי כל עוד יישאר על כנו המצב המשפטי המאפשר את חשיפת הדיווחים בדיונים משפטיים, יימשך הקושי לקבל דיווחים באשר לאירועים חריגים ולאירועי "כמעט שנפגע". מערכת הבריאות מתמודדת עם סוגיית חסיון המידע המדווח שנים רבות ללא הצלחה בעיקר עקב התנגדות משרד המשפטים לשנות את החקיקה בנושא, שלטענתם יוצרת איזון נכון בין הצורך בחסיון לעידוד דיווחים ותחקירים לבין אינטרס החולה לדעת מה אירע בטיפול הרפואי. הנושא נמצא בדיון, וטיוטה לשינוי חקיקה נמצאת בשלבי הכנה.

דיווחים של המוסדות הרפואיים על אירועים מיוחדים

דיווחים פנימיים על תקלות בתוך המוסדות (בתי החולים וקופות החולים)

נמצא כי אין הגדרה מחייבת מטעם משרד הבריאות המפרטת אילו אירועים חריגים חייבים בדיווח למחלקות ניהול הסיכונים במוסדות הרפואיים (בניגוד לרשימת אירועים חייבי דיווח למשרד על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים). לכן כל מחלקת ניהול סיכונים הגדירה לעצמה רשימה כזו. כך למשל מחלקת ניהול הסיכונים במרכז רפואי תל אביב הגדירה סוגי אירועים שיש לדווח לה עליהם כגון תאונות, סיבוכים, תקלות טיפוליות, נפילות, פטירות חריגות, ילדות ויילודים ובעיות בתיעוד רפואי.

85 על פי ההלכה הפסוקה מסמך שהוכן לקראת משפט נהנה מחסיון בפני גילוי כדי לאפשר לאדם להכין עצמו להליך המשפטי, כשהוא חופשי מהחשש שהכנתו תיחשף לפני יריבו. "צפ"י בשעת הכנת המסמך כי יפתח משפט או יוגש כתב אישום בעתיד אינו מספיק, אלא נדרש שהמטרה שעמדה ביסוד הכנתו הייתה הכנה למשפט צפוי.

המשרד השיב בדצמבר 2011 כי בחזור מנכ"ל המתגבש בנושא היחידות לניהול סיכונים במוסדות הרפואיים יהיו מחויבות יחידות ניהול הסיכונים לקבוע קריטריונים להגדרת אירועים כחריגים ולפרסם נוהל פנימי מנחה באשר לחובת הדיווח, לאופן הדיווח ולתוכנו. הקריטריונים יכללו לפחות את האירועים המחויבים בדיווח על פי חוזר המשרד.⁸⁶

נמצא כי כל מוסד מחליט אילו אירועים חייבים דיווח פנימי של הרופאים למחלקת ניהול הסיכונים. מן הראוי שהחוזר שמגבש המשרד ייצור אחידות בין בתי החולים באשר להגדרת אירועים חריגים.

על פי מחקר שפורסם בארצות הברית⁸⁷ נמצא כי 84.3% מהרופאים הצהירו שדיווח על אירועים חריגים משפר את איכות הרפואה למטופלים עתידיים; 73% הצהירו כי סביר שידווחו על אירוע חריג שגרם לנזק קל (תוצאות ארוכות טווח או אי-נוחות) למטופל, ו-92% ידווחו על אירוע חריג שגרם נזק כבד (נכות או מוות) למטופל; עם זאת, רק 17.8% דיווחו הלכה למעשה על אירועים חריגים שהסתיימו בנזק קל למטופלים, ורק 3.8% דיווחו על נזק כבד; רק 54.8% מהנשאלים ידעו כיצד מדווחים על אירועים חריגים ורק 39.5% ידעו על אילו אירועים חריגים יש לדווח.

דיווחים של המוסדות לחברות המבטחות (לענבל ולמבטחת העיקרית)

הסוכנות מפיצה למבוטחיה רשימת אירועים חייבי דיווח בבתי חולים; במחלקת ילודים ופגים; במחלקת גריאטרית בבית חולים ובבתי אבות; בפסיכיאטריה; בקהילה; במרפאת נשים ובמרכז בריאות האישה בקהילה ובמרפאת שיניים.

גם ענבל הפיזה לבתי החולים הממשלתיים רשימת אירועים חריגים שמומלץ לדווח עליהם. ענבל מסרה בנובמבר 2011 כי במסגרת הערכת פעילות ניהול הסיכונים בבתי החולים הממשלתיים הכלליים בכוונתה ובכוונת המשרד למפות במהלך 2012 את הדיווחים המועברים ליחידות ניהול הסיכונים, ובמסגרת זו לבחון גם את שאלת הדיווח על אירועי "כמעט שנפגע". לאומית מסרה כי יש צורך להסדיר את ההגדרות בתחומי בטיחות הטיפול וניהול סיכונים. קיימת אי-בהירות בקרב המטפלים לגבי ההגדרה מהו "אירוע חריג" ואילו אירועים טעוני דיווח.

לפיכך חלק מהאירועים החריגים המתרחשים במוסדות הרפואיים מדווחים למבטחים על פי הנחייתם, ואולם אין הם מדווחים למשרד.⁸⁸ המידע על אירועים חריגים המלמדים על כשלים במוסדות הרפואיים מרוכז אפוא בידי החברות המבטחות וברובו אינו מתועד במערכת הבריאות. מידע רב על אירועים חריגים אינו מגיע, אם כן, לידיעת המשרד, ולכן נבצר מהמשרד להפיק לקחים בעקבות התרחשותם.

86 חוזר מינהל רפואה "חובת הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים" ממרץ 1998 אשר עודכן והורחב ונמצא לקראת הפצתו.

87 Lauris C. kaldjian, et al., *Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety: A Survey of Physicians in Teaching Hospitals*, **American Medical Association**, 2008

88 אם הם אינם נכללים ברשימת האירועים החייבים בדיווח למשרד על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים.

דיווחים מהמוסדות למשרד הבריאות

המוסדות הרפואיים מחויבים על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים⁸⁹, לדווח למשרד על האירועים שנגרמו למטופל תוך כדי הטיפול הרפואי או לאחריו. התקנות מחייבות בדיווח מספר מוגבל של אירועים חריגים. הדיווחים המתקבלים מהמוסדות מועברים למינהל רפואה במשרד כדי להכריע אם האירוע מלמד על רשלנות בטיפול המצדיקה פנייה לנציב תלונות הציבור.

בתי החולים הכלליים הממשלתיים מדווחים למשרד ולענבל מדי שנה על פעילות ניהול הסיכונים שהם מבצעים על פי שאלון מובנה שהוא חלק ממודל להערכת פעילות ניהול הסיכונים המתקיימת בבתי החולים הממשלתיים הכלליים, ולפיו מחולק תקציב הרשלנות הרפואית כך שהציון שניתן לפעילות ניהול הסיכונים בבית החולים הוא 20% מהמודל. השאלון מופץ מדי שנה על ידי המשרד ונכתב בסיוע ענבל. השאלון עוסק בנושאים רבים דוגמת: הדיווח על אירועים חריגים; פרטי צוות היחידה לניהול סיכונים ותפקידיו; תכנית העבודה של היחידה; פעילות שוטפת של היחידה; פעילות בקרה ואיכות של היחידה; ופעילות יזומה בתחום עתיר סיכון. במהלך 2011 מינה מנכ"ל המשרד ועדת היגוי בשיתוף ענבל ונציגי בתי החולים הכלליים הממשלתיים לצורך קביעת מודל מעודכן לביצוע ההערכה. הוועדה השלימה את עבודתה בספטמבר 2011, והמודל צפוי להיכנס לתוקף החל בשנת 2012.

גם מוסדות רפואיים ציבוריים ופרטיים מדווחים למבטחיהם על אירועים חריגים העלולים להיות מושא לתביעה בהתאם לחובתם על פי הפוליסה. ואולם, אם המקרה אינו בגדר המקרים החייבים דיווח למשרד על פי תקנות ההודעה על פטירות ואירועים, המוסדות והמבטחים אינם מחויבים לדווח למשרד על המקרים, וכך נפגמת יכולת הסקת מסקנות מערכתית על ידי המשרד.

מנהלת האגף לאבטחת איכות מסרה למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2011 כי המשרד עובד על פי טיוטת נוהל בנושא חובת העברת מידע פנימית במשרד על אירועים מיוחדים ופטירות בין הגופים האלה: מינהל הרפואה, נציב התלונות, האגף לאבטחת איכות וועדות הבדיקה של בתי החולים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי מן הראוי להסדיר את דרכי העברת המידע בתוך המשרד בין האגפים השונים בנהל שיקבל אישור רשמי ויופץ כנוהל מחייב.

כל הדיווחים על אירועים מיוחדים מועברים גם למחלקה להערכה ולבטיחות המטופל באגף לאבטחת איכות במשרד. המחלקה מקבלת דיווחים בנושא פטירות ואירועים מיוחדים על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים. המחלקה לייזום וביצוע מבדקי איכות באגף לאבטחת איכות מקיימת מבדקי איכות יזומים בתחומים נבחרים המשקפים בעיה מערכתית החוזרת ונשנית ובתחומים שנמצא בהם סיכון גבוה. בעקבות מבדקי האיכות מעביר מינהל הרפואה המלצות להוצאת חוזרים. המחלקה פועלת כוועדת בקרה ואיכות מכוח סעיף 22 לחוק זכויות החולה המטיל חיסיון על פעולותיו.

דיווחים על פטירות - המוסדות הרפואיים מחויבים לדווח למחלקה להערכה ולבטיחות המטופל בתוך 14 יום ממועד הפטירה. המחלקה מקבלת דיווחים ממוסדות רפואיים על כ-5,000-7,000 פטירות מתוך כ-22,000 מקרים בשנה בארץ על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים. המחלקה בודקת אם הפטירה נגרמה בנסיבות מיוחדות הדורשות בדיקה. מבדיקת הדיווחים מוסקות

89 לפי סעיף 2 לתקנות יש להודיע על מגוון האירועים האלה: פטירה בתוך 24 שעות מזמן קבלת אדם לאשפוז; פטירה בעקבות מתן תרופה או עירוי דם; פטירה תוך כדי ניתוח או פעולה פולשנית אחרת בתוך 7 ימים מביצועם; פטירה לאחר ניתוח או פעולה פולשנית אחרת אם הנפטר לא התאושש מהם לפני פטירתו; פטירת אישה במהלך היריון או לידה או במהלך 42 יום ממועד הלידה; פטירה בעקבות מעשה התאבדות; פטירה שלגביה מונתה ועדת בדיקה.

לעתים מסקנות מערכתיות באשר לכשלים שקדמו לפטירה, אף שהליקויים הללו לא בהכרח גרמו למקרה.

דיווחים על אירועים מיוחדים - המוסדות הרפואיים מחויבים בדיווח למינהל רפואה בתוך 24 שעות מקרות האירוע. גם המחלקה להערכה ולבטיחות המטופל מרכזת דיווחים ממוסדות רפואיים על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים במטרה להסיק מסקנות מערכתיות. היחידה מרכזת גם מסקנות מנציב התלונות לאחר בדיקתו את האירוע.

נמצא כי האירועים המחויבים בדיווח על ידי המוסדות למשרד מכוח תקנות ההודעה על פטירות ואירועים הם חלק קטן בלבד מהאירועים המתרחשים במוסדות הרפואיים. רוב האירועים המתרחשים במוסדות אינם מדווחים למשרד, וכך נפגמת יכולתו להסיק מסקנות מערכתיות וכן להוציא הנחיות לכל מערכת הבריאות.

הר"י מסרה בנובמבר 2011 כי סוגי הדיווחים על אירועים חריגים המחויבים על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים עברו עריכה מחודשת ביזמת המשרד ובעזרת ועדה מטעם הפורום לבטיחות הטיפול ועומדים לפני הפצה סופית. מעבר לכך, הגדרת המשרד כגורם נוסף שיש לדווח לו, וזאת בלי להגדיר במדויק על מה יש לדווח, אינה יעילה ואינה נדרשת. לפיכך יש להגדיר אילו אירועים חייבים בדיווח בהתאם למידת חומרתם ומהו תפקיד המשרד בניהול האירועים הללו.



על משרד הבריאות להנחיל תרבות של גילוי מלא לחולה לגבי אירועים חריגים שהתרחשו במהלך הטיפול בו. חובת הגילוי היא חובה אתית ומוסרית החלה על הרופאים, מונעת מהחולה נזק נוסף, משמרת את האוטונומיה שלו בבחירת המושך הטיפול ומבטאת את השקיפות והיושר הנדרשים בקשר בין הרופא לחולה. מן הראוי שהמשרד יבחן גם דרכים להחזרת הליך התחקיר היסודי שבוצע בעבר בבתי החולים, ובמידת הצורך יש ליזום שינויי חקיקה שיאפשרו זאת. כמו כן על המשרד להסדיר מערך שיאפשר לרופאים לדווח על תקלות ללא חשש, וכך לאפשר הסקת מסקנות מערכתיות. יש להסדיר את ההגדרות בתחומי בטיחות הטיפול וניהול סיכונים למען שיפור בטיחות הטיפול ולהבהיר אילו אירועים חייבים בדיווח, ובכלל זאת אירועים "כמעט שנפגע". יש להסדיר את העברת המידע על אירועים חריגים שהתרחשו במוסדות למשרד לצורך הסקת מסקנות מערכתיות.

היעדר שיתוף במידע ברמה הארצית

היעדר שיתוף במידע

הדיווחים על התרחשויות חריגות, על תקלות ועל כמעט תקלות הם, כאמור, חלק חיוני לקידום בטיחות המטופל. מערכות הדיווח על תקלות ואירועים חריגים הן רכיב עיקרי בארגוני הבטיחות בעולם. בתי חולים ממשלתיים מדווחים לענבל על אירועים חריגים המתרחשים במהלך הטיפול הרפואי. ענבל, המנהלת עבורם את התביעות ואת הסיכונים, מפעילה אתר אינטרנט המציג תכנים ודוגמאות לסיטואציות נפוצות. המידע באתר מתבסס על פסיקה, על חקיקה ועל מאמרים ומחקרים מהארץ ומהעולם המעוררים שאלות. המידע באתר מיועד בחלקו רק לבעלי הרשאה, ולכן הוא לא יגיע לידיעת בתי החולים האחרים מלבד הממשלתיים.

עוד נמצא בכללית כי נהלים המבטאים תובנות ולקחים, שמוציא מוסד רפואי בעקבות אירועים חריגים שהתרחשו בו וכדי למנוע את הישנותם, אינם מועברים למשרד. כך נפגמת יכולתו של המשרד להטמיע נוהלי בטיחות בכלל המוסדות הרפואיים. מהמשרד נמסר כי מתקיימים מגעים בין המשרד לכללית לשיתוף בתחקירים ובמסקנות.

נמצא כי אין שיתוף במידע על תקלות רפואיות במישור הארצי בין בתי החולים והמשרד. כמו כן נמצא כי אין העברה שיטתית של מסקנות והמלצות בנושאי בטיחות מענבל למשרד. לשון אחר, בארגוני הבריאות נצבר פעמים רבות ידע יקר ערך ומהותי, אך אין במשרד "ניהול ידע" (knowledge management) כמוכנו הניהולי-מקצועי.

משרד מבקר המדינה ממליץ כי המשרד יבחן כיצד ניתן לשפר את שיתוף הפעולה בין המוסדות הרפואיים באשר להעברת מידע על אירועים חריגים לצורך הפקת לקחים ומניעת הישנותם. יש להבטיח כי הידע המקצועי הנצבר במוסדות יעובד גם למסקנות ולהחלטות ברמה הארצית.

המשרד השיב כי החל בפרויקט לשיתוף מידע בין היחידות לניהול סיכונים במוסדות הרפואה תוך כדי ריכוז תחקירים ומאמרים שיופצו למנהלי סיכונים באמצעות אתר אינטרנט ייעודי הנמצא בהקמה, וזאת במסגרת המערך לבטיחות הטיפול שהקים המשרד באוגוסט 2011.

היעדר שיתוף בין המוסדות בתשתיות לימוד והדרכה

בעקבות הדיווחים על אירועים חריגים מבתי חולים ממשלתיים, ענבל מפעילה מומחים רפואיים הבודקים את המקרים ועורכת השתלמויות לצוותים רפואיים, שעיקרן נקודת מבט משפטית (כגון תיעוד רשומות וקבלת הסכמת החולה); כמו כן היא עורכת קורסים למניעת טעויות נפוצות (כמו קורס בקריאת מוניטור עוברי). כלל הקורסים וההשתלמויות של ענבל פתוחים רק לרופאי בתי החולים הממשלתיים ואינם פתוחים לרופאי בתי חולים אחרים.

גם הכללית מפעילה במרכז הרפואי מאיר בכפר סבא מרכז סימולציה לאולטרסאונד של העובר, המדגים תרחישים רפואיים שונים. מכבי וכמה בתי חולים ציבוריים רוכשים הדרכות אלה, אך לא בתי החולים הממשלתיים.

מכבי מסרה כי המחלקה לניהול סיכונים בקופה ממלאת תפקיד חשוב בריכוז קורס בניהול סיכונים באוניברסיטת תל אביב ובהוראה בו, בקורס להכשרת מנהלי סיכונים במערכת הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב, בהשתלמויות מקצועיות, בארגון ובהנחה של "כנס בטיחות הטיפול" באשקלון ובפעילות הפורום הישראלי לבטיחות הטיפול.

שיבא מפעיל את המרכז הארצי לסימולציות רפואיות (להלן - מס"ר) שבמסגרתו נערכים קורסים לאנשי מקצועות הרפואה אגב שימוש בסימולציה המדמה סביבה רפואית אמיתית. במס"ר חדרים המדמים חדרי מרפאה, אשפוז, מיון טיפול נמרץ וחדרי ניתוח. שיטות הסימולציה כוללות שחקנים המגלמים חולים, בובות ממוחשבות וסימולטורים המשלבים מציאות מדומה (virtual reality). שיבא כתב למשרד מבקר המדינה כי פעילותו העצמית במס"ר היא בהיקף של 5%-10% בלבד מפעילות מס"ר וכי גופים נוספים משתמשים בשירותיו והם: משרד הבריאות, חיל הרפואה בצה"ל, מגן דוד אדום (להלן - מד"א), ענבל, הסוכנות, איגודים מקצועיים ברפואה, קופות חולים ובתי

חולים נוספים. חלק מההכשרות במס"ר מחויבות במסגרת תהליך הסמכה ורישוי של אנשי מקצועות רפואיים ופרא-רפואיים בישראל⁹⁰.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון אפשרות לשתף את כלל המוסדות בתשתיות הקיימות להדרכה ולתרגול של תרחישים רפואיים כדי לייעל וכדי להגביר את מודעות הצוותים הרפואיים בכל הארץ לבטיחות רפואית, כדי לשפר את מקצועיותם של אנשי הרפואה וכדי להיטיב את בטיחות המטופלים. על המשרד לקדם שימוש מושכל בתשתיות הקיימות ולעודד שיתוף פעולה בשימוש בהם. יש לשקול לשלב תשתיות אלה כחלק מהליך הרישוי והסמכה וכחלק מבחינת כישוריהם של אנשי מקצועות הרפואה. כך תוכל להישמר כשירותם במשך שנות פעילותם המקצועית.

המשרד כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי המערך לבטיחות הטיפול, שהוקם באוגוסט 2011, צירף יועץ לנושא תחקיר, ובשנת 2012 יפיץ המשרד לכל המוסדות הרפואיים ובתי הספר לסיעוד ערכות הדרכה בנושאים נבחרים של בטיחות רפואית, הכוללות מערך שיעור, מצגת הדרכה, סרט והמלצות למניעת טעויות. הערכה הראשונה תעסוק בנושא של טעויות במתן תרופות.

ריכוז חלקי במשרד של מידע על אירועים חריגים שבגינם מוגשות תביעות לבתי המשפט

בביקורת נמצא כי המשרד אינו מקבל העתקי תביעות המוגשות כנגד בתי חולים ציבוריים ופרטיים וכנגד הקופות אלא אם כן ההעתק נשלח גם לנציב קבילות הציבור, זאת בניגוד לתביעות רשלנות רפואית המוגשות נגד בתי החולים הממשלתיים.

יתרה מכך בגין חלק גדול ממקרי הרשלנות מוגשות ישירות תביעות אזרחיות לבתי המשפט ואינה מוגשת תלונה לנציב התלונות במשרד. עורכי דין פרטיים דיווחו למשרד מבקר המדינה על המלצתם ללקוחותיהם שלא להגיש תלונה לנציב התלונות, עקב חששם מאי-מיצוי הליכי המשמעת כנגד הרופאים הנידונים ועקב התמשכותם של ההליכים. הנושא עלה בדיוני ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בפברואר 2004. לפיכך חלק ממקרי הרשלנות אינם מובאים לידיעת המשרד.

נמצא אפוא שאירועים חריגים שהתרחשו וגרמו לנזקים בבתי חולים ציבוריים ופרטיים ובקופות, אינם מובאים לידיעת המשרד, אלא אם כן הוגשו בגינם גם תלונות לנציב התלונות. כמו כן יכולות התביעות להתנהל שנים ארוכות בבתי המשפט, ואף לאחר סיומן לא יגיעו לידיעת המשרד. ייתכן אפוא שכשלים מערכתיים חמורים שגרמו לאירועים חריגים ולנזקים, לא יתוקנו.

הסכמי פשרה בגין אירועים חריגים, בין התובעים למבטחות לרבות ענבל, כוללים סעיפים סודיות האוסרים על הצדדים לפרסמם בין התובעים. לעתים מדובר בפשרה בסכומים גבוהים, והפשרה

90 ועדות הקבלה של אוניברסיטת תל אביב, של הטכניון ושל אוניברסיטת בר-אילן להערכת מועמדים ללימודי רפואה; המשרד וועדת הסטאז' הארצית הנהיגו סדנה למועמדים להתמחות בבתי חולים; מד"א המסמך בוגרי קורס פרמדיקים לארגון במסלול אזרחי ולצה"ל במסלול צבאי; ועדת הבחינות של איגוד המרדמים מטעם המועצה המדעית של הר"י בוחנת במס"ר את בוגרי ההתמחות בהרדמה; איגוד רפואת נשים בשיתוף ענבל מקיימים הדרכות לצוותים של רופאים ומיילדות מבתי החולים הממשלתיים.

כשלעצמה בסכומים הללו מעידה על הצורך בלימוד המקרה. סעיפי הסודיות בהסכמי הפשרה עלולים למנוע העברת המידע למשרד בגין אותם אירועים.

על המשרד לרכז מידע מפעילות רבה הנעשית בבתי משפט בתחום הרשלנות הרפואית. כמו כן על המוסדות להקפיד כי הסכמי הפשרה בסכומים ניכרים, הכוללים סעיפי סודיות למניעת פרסום האירוע, אינם מונעים דיווח על האירוע החריג למשרד.

היעדר מאגר מידע לריכוז אירועים חריגים ולהפקת לקחים מערכתית

החולה שנפגע מטעות רפואית זכאי לדעת את העובדות שבגינן ניזוק ולהשתמש בהן במסגרת תביעת נזיקין. איום זה פוגע בכוננות הגורמים הרפואיים המעורבים לשתף פעולה בעת חקירת אירוע ולדווח גם על אירועי "כמעט שנפגע". לפיכך הוא פוגם בסיכויים להפיק לקחים ולשפר את הטיפול הרפואי.

כדי שאפשר יהיה להפיק לקחים ולמנוע הישנות אירועים חריגים יש לקיים תהליך עבודה שמטרתו איתור מקור הבעיה. יש ליצור מנגנון שבו יוכלו הגורמים המעורבים למסור מידע בחופשיות בלי לחשוש כי עדותם תשמש נגדם.

ועדת שפניץ קבעה ב-2005 כי אין פעילות מרוכזת של ניהול סיכונים ברמה הלאומית. הוועדה המליצה להקים יחידה ארצית לבטיחות המטופל שתקבל מידע על כל האירועים אגב השמטת אמצעי הזיהוי והפקת לקחים ארציים, שתמליץ על התוויות קליניות או על סטנדרדים ושהמידע שיימסר לה יהיה חסוי. המידע והמסקנות יועברו לרשות לאומית שתיצור מאגר מידע ללא פרטיהם המזהים של המוסד, של החולה ושל הרופא ותשתף את כל הגורמים בתקלות ובמסקנות.

לדברי ד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י⁹¹, לא הצליחו ליצור מערכת המאפשרת הפקת לקחים בצורה נכונה ולכן יש לבצע מהפכה במערכת, כך שהרופאים לא יחשו מאוימים בדווחם על טעויות. יש לשנות את המצב על ידי חקיקה שתאפשר גילוי טעויות ושינוי תרבות הענישה. ראש האגף למדיניות רפואית בהר"י, אודי קנטור, מסר כי הקמת מאגר מידע מרכזי תאפשר לנהל בסיס נתונים שאותו אפשר יהיה לעבד, לחקור ולהפיק ממנו לקחים לצורך מתן המלצות. לדעתו המאגר לא יוכל להתנהל בלעדית על ידי המשרד אלא על ידי גוף לא תלוי, ובו חברים נציגי גורמים שונים במערכת הבריאות. הר"י השיבה בדצמבר 2011 כי למשרד אין יכולת או משאבים לעקוב אחר כל האירועים החריגים המדווחים במוסדות, ולכן עדיף שיעקוב אחר גורמי הבדיקה המקומיים והמלצותיהם. עם הקמת מאגר כזה, ועל מנת לעודד שימוש בו, יש לפעול להבטחת חסיון המידע מפני שימוש בו בהליכים משפטיים. הר"י מסרה כי תבחן יחד עם הגורמים השותפים בפורום לבטיחות הטיפול הקמת מערכת לדיווח אנונימי על אירועים חריגים לצורך ניתוח סטטיסטי על פי המלצות מבקר המדינה.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי כדי לשפר את איכות הרפואה יש ליצור מערכת שבה יוכלו הרופאים לדווח בחופשיות על טעויות. על המשרד ליצור אקלים ארגוני שיאפשר הסקת מסקנות מערכתית בעקבות ריכוז אירועים חריגים ולמידתם תוך הפרדתם מהסקת מסקנות אישיות משמעתיות נגד הצוות המעורב באירוע.

על המשרד בשיתוף בתי החולים, קופות החולים והר"י לבחון את האפשרות להקים מאגר דיווחים לאומי שיאפשר דיווח על אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע" ללא חשש מפני חשיפת המעורבים וענישתם. המאגר יתייג את האירועים על פי חתכים שונים ויבצע פילוח סטטיסטי של מגמות ושכיחויות של האירועים במטרה להפיק לקחים ארציים ולהפיצם. במסגרת בניית מאגר זה יהיה צורך לקבוע אם לאפשר לכל רופא ואיש צוות רפואי לדווח ישירות, אגב בדיקת דיווחיהם, או שמא יורשה לדווח רק מוסד רפואי, לאחר בדיקה ראשונית, ובאופן אנונימי.

המשרד כתב בדצמבר 2011 כי במהלך השנים האחרונות בחנו גורמים רפואיים ומשפטיים את האפשרות להקים רשות לאומית לבטיחות המטופל, ומצאו כי היא אינה ישימה. מנגד הוקם מערך לבטיחות הטיפול במשרד, ועם הקמתו הוחלט על הקמת פורום שייפגש פעם ברבעון כדי לקדם נושאים בתחום בטיחות הטיפול ברמה הלאומית אגב שיתוף כלל הגורמים העוסקים בתחום. נשקלת גם הצעה למערכת דיווח אנונימי למטופלים ולמטופלים.

הקמת מערך ארצי לניהול סיכונים

במשרד פועלים כמה גורמים בנושא בטיחות המטופל, המבצעים מעין ניהול סיכונים, כל אחד בתחומו: 1. מינהל רפואה, המקבל דיווחים על אירועים חריגים, מוביל תהליך של אבטחת איכות (אקרדיטציה) בבתי חולים, מוציא חוזרים ונהלים וקובע מדיניות וסטנדרדים לבתי חולים; 2. מינהל טכנולוגיות, הכולל מחלקה העוסקת ברישוי מוסדות, ובמסגרת זו מבצעת בקרת איכות הנוגעת ל- 28 נושאים בבתי חולים⁹²; 3. האגף לאבטחת איכות הכולל את המחלקה להערכה ולבטיחות המטופל, הבוחנת בין השאר פטירות ואירועים חריגים דיווח ועוסקת בהסקת מסקנות מערכתיות⁹³; 4. המחלקה לייזום וביצוע מבדקי איכות באגף לאבטחת איכות המבצעת מבדקים בתחומים נבחרים שבהם רמת הסיכון והנוק האפשרי גבוהים; 5. המחלקה לחקר שירותי הרפואה; 6. נציב תלונות הציבור.

אין במשרד גורם מרכזי האחראי לכלל הפעילויות הקשורות בניהול סיכונים ובבטיחות המטופל.

בביקורת עלה כי המשרד ניסה מאז שנת 2000 להקים מינהלת ארצית לבטיחות ברפואה, ואולם הניסיונות לא צלחו בשל חילוקי דעות פנימיים באשר למבנה המינהלת ובשל היעדר שיתוף פעולה מצד כלל המוסדות הרפואיים.

המשרד מסר למשרד מבקר המדינה במרץ 2011 כי מאז ספטמבר 2010 מתגבשת תכנית להקמת מערך ייעודי לניהול סיכונים ולבטיחות המטופל. על פי התכנית יפעל המערך בתחומים האלה: הרחבת מאגר המידע על מוקדים בעייתיים המסכנים את המטופל; לימוד הכשלים והפצת המלצות מערכתיות לגביהם; הטמעת תרבות דיווח על אירועים ועל אירועי "כמעט שנפגע"; המטרה היא שהמערך יגדיל את מספר הדיווחים למשרד על אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע" (שאינם נכללים בחובת הדיווח) באמצעות פיתוח מערכות דיווח מהמטופלים, מצוותי ניהול הסיכונים והמטופלים בבתי החולי ובקהילה לצורך למידה, להבדיל מדיווח לצורך ענישה. הדיווח יהיה

92 כגון בקרת חדרי ניתוח, חתימת רופאים על הוראות, טופסי הקפדה על מילוי טופסי הסכמה לניתוח.
93 במועד הביקורת, המחלקה להערכה ולבטיחות המטופל באגף לאבטחת איכות המטופל פעלה עם תקן אחד שחולק בין שתי רופאות.

אנונימי. המשרד מסר כי תוכנה ייעודית לנושא נמצאת בשלבי פיתוח אחרונים, אולם מנכ"ל המשרד טרם אישר את הפעלתה.

עוד מתוכננות הפעולות האלה: הידוק שיתוף הפעולה עם אגפי המשרד ועם גורמים חיצוניים כגון ענבל וחברות ביטוח מסחריות; חיזוק שיתוף פעולה עם ארגונים עמיתים בארץ ובעולם; הקמת פורום ארצי לניהול סיכונים ולבטיחות המטופל בשיתוף נציגי בתי חולים וקופות חולים, הר"י, ענבל וגורמים נוספים להצפת אירועים ודיונים משותפים. באוגוסט 2011 מונתה מנהלת המערך.

משרד מבקר המדינה משבח את היוזמה ואת פעילות מנכ"ל המשרד להקמת המערך, אחרי שכמה ניסיונות קודמים לקידום הנושא מאז שנת 2000 לא צלחו. על המשרד ליצור את התנאים התרבותיים והמשפטיים כדי לאפשר דיווח מרצון על אירועים חריגים ויצירת מאגרי ידע כבסיס להפקת לקחים ומתן המלצות לשינוי.

הפורום הישראלי לבטיחות הטיפול

הפורום הישראלי לבטיחות הטיפול (להלן - הפורום) הוא קואליציה וולונטרית שמשתתפים בה כלל הארגונים הפועלים במערכת הבריאות בישראל, לרבות המשרד (הן כמאסדר והן כבעלים של בתי חולים), קופות החולים, צה"ל, הר"י, ענבל והסוכנות. הפורום יוצר תשתית לשיתוף ידע בין המוסדות השונים במערכת הבריאות שבמסגרתו מתגבשים פתרונות בנושא בטיחות הטיפול. הפורום עורך פעם בשנה "כנס בטיחות הטיפול" באשקלון (בשנת 2011 נערך הכנס הרביעי). במהלך השנה פועלות בפורום ועדות משנה המטפלות במגוון נושאים של בטיחות הטיפול ובמענה על הסוגיות המופנות לפורום. ועדות המשנה אחראיות לגיבוש מדיניות משותפת בתחום שיפור בטיחות הטיפול, לעידוד למידה והכשרה בתחום, לשיתוף מידע שנצבר בקרב הארגונים החברים בפורום ולבניית סטנדרדים מחייבים ליישום בארגונים. הפורום אמור לשמש גוף מקצועי אובייקטיבי המסייע ומייעץ לכל גורם כיצד להתמודד עם פניות ציבור בנושא בטיחות הטיפול. כמו כן הוא עוסק בגיבוש הגדרות, תכנים ונוהלי עבודה מקצועיים אחידים במערכת הבריאות.

ואולם אין בפעולתו של הפורום כדי להפחית מאחריותו וממחויבותו של המשרד כמאסדר בגיבוש מדיניות ממלכתית ובקידום תחום ניהול הסיכונים ובטיחות הטיפול. כמו כן הוא אינו פוטר את המשרד מפיקוח על פעולת ניהול סיכונים במוסדות הבריאות.

על המשרד לשקול במסגרת הקמת מערך ניהול הסיכונים הארצי אפשרות להיעזר בפורום כגוף מקצועי המייעץ וממליץ בנושא ניהול סיכונים ובטיחות בטיפול.

ביצוע תחקירים והקמת ועדות בדיקה

ביצוע תחקירים במוסדות הרפואיים סמוך לאחר אירועים

סעיף 21 לחוק זכויות החולה יוצר מנגנון המאפשר הן למטופל והן למוסד הרפואי לדעת מה אירע למטופל בעת הטיפול הרפואי על ידי הקמת ועדת בדיקה לנסיבות האירוע, במטרה להגיע לחקר האמת כך שאפשר יהיה להפיק לקחים, לתקן ליקויים ולבחון את הצורך בהליך משמעותי או אחר.

כדי לטייב את המידע הנאסף על האירוע החריג וכדי שלא יאבד מידע חיוני, שמורה חשיבות רבה לפיתוח מיומנות של צוותים במוסדות הרפואיים לבצע תחקירים מיד לאחר ההתרחשות. התחקירים הנערכים סמוך לאירוע הם חסרי תחליף מבחינת העיתוי, הרלוונטיות, הנגישות למידע וייחודיות

המידע העולה מהם⁹⁴. כמו כן יש ללמוד על הכשלים המערכתיים, ההנדסיים, האנושיים והטכניים שהביאו להתרחשות האירוע. ועדות בדיקה המוקמות במשרד במסגרת תפקידו של נציב תלונות הציבור (כפי שיפורט בהרחבה בהמשך) בוחנות את האירועים אחרי שחולף זמן רב מהתרחשות האירוע.

ואולם, בביקורת נמצא כי אין נהלים המחייבים את המוסדות הרפואיים לבצע תחקירים סמוך לאירוע חריג. כמו כן לא נקבע מי מוסמך לבצע תחקיר, בתוך כמה זמן ממועד התרחשות יש לבצעו ובאיזו דרך. לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי שיגובש סטנדרד אחיד לדיווח ולתחקור אירועים חריגים. כן ראוי כי המוסדות הרפואיים ישקלו מתן הדרכה לאנשי מחלקות ניהול הסיכונים באשר לאופן תחקור אירועים חריגים.

המשרד השיב בדצמבר 2011 כי החוזר המתגבש שעוסק ביחידות ניהול הסיכונים בבתי חולים יקבע גם את אופן ביצוע תחקירים בעקבות אירועים חריגים.

מיעוט ועדות הבדיקה המוקמות במוסדות רפואיים

סעיף 21 בחוק זכויות החולה מסדיר את הקמתן של ועדות לבדיקת אירוע חריג שהתרחש במוסד הרפואי לרבות בחינת קיומה של רשלנות רפואית. מטרת ועדת הבדיקה הן: להגיע לחקר האמת; להפיק לקחים; לתקן את הליקויים; לאתר את האחראים ולבדוק את הצורך בהליך משמעותי או אחר. הסעיף קובע כי ממצאי הוועדה גלויים ויש למסרם לחולה. פרוטוקול הוועדה לעומת זאת נהנה מחיסיון יחסי, אולם בית המשפט יכול להורות על מסירתו לחולה בנסיבות מסוימות, כאשר הצורך בגילוי לשם עשיית הצדק הוא בעל משקל רב יותר מאשר הצורך להימנע מגילוי. ואכן במקרים רבים מחליטים בתי המשפט כי עשיית הצדק מחייבת גם את חשיפת הפרוטוקולים לחולה.

החשש מחשיפת הממצאים לפני החולה והעובדה כי מסקנות הוועדה עלולות לחייב את המוסד הרפואי בתשלום גבוה לחולה עלולים להקשות על ועדת הבדיקה הפנימית, המורכבת בדרך כלל מעובדי בית החולים, לחשוף את העובדות הקשורות לאירוע ולהסיק מסקנות העלולות להשליך על הצוות ועל חיוב המוסד בנויקין. קושי זה יוצר ניגוד עניינים מובנה בפעולתן של ועדות הבדיקה המוקמות על פי סעיף זה.

נוכח היעדר חיסיון על דוחות ועדות בדיקה ולנוכח האפשרות לחשוף פרוטוקולים ודוחות של הוועדות, חוששים כאמור הצוותים הרפואיים והמוסדות לחשוף ולתעד את פרטי האירוע שגרם לנזק. הרופאים חוששים מפגיעה בשמם הטוב שעלולה להיגרם מהסרת החיסיון ומחשיפת המידע, ושבעקבותיה הם עלולים לעמוד לדין משמעותי או להיתבע במסגרת תביעה אזרחית לפיצויים. גם המוסדות הרפואיים עלולים להינזק מחשיפת פרטי האירוע בגין הפגיעה במוניטין המוסד והעלאת פרמיית הביטוח עקב עלייה בתביעות. חששות אלו עלולים לגרום למוסדות להמעיט בהקמת ועדות בדיקה ובביצוע תחקירים. כך ייפגעו תהליכי הלימוד, הפקת הלקחים והסקת המסקנות אגב הסבת נזק להתפתחות הרפואה בישראל.

בביקורת עלה כי משרד הבריאות לא קבע בהתאם להמלצות ועדת שפניץ באילו מקרים חובה על מנכ"ל המשרד, על המוסד הרפואי או על קופת החולים להקים ועדות בדיקה.

משרד מבקר המדינה בדק את מספר ועדות הבדיקה שהוקמו על פי סעיף 21 לחוק זכויות החולה בשנים 2008-2010 (במשך שלוש שנים) בבתי החולים הכלליים הממשלתיים, ולהלן הממצאים:

לא הוקמו ועדות בדיקה כלל במרכז הרפואי תל אביב, בשיבא, בוולפסון בחולון ובברזילי באשקלון; הוקמה ועדת בדיקה אחת במרכז רפואי רבין - בלינסון של הכללית בפתח תקווה ובפוריה בטבריה; הוקמו שתי ועדות בדיקה בבית החולים נהרייה ובזיו בצפת; הוקמו שלוש ועדות בדיקה במרכז הרפואי הלל יפה בחדרה; הוקמו ארבע ועדות בדיקה במרכז רפואי רמב"ם בחיפה; הוקמו כחמש ועדות בדיקה באסף הרופא בצריפין; בבני ציון בחיפה הוקמו תשע ועדות בדיקה.

בתי חולים שונים מסרו כי מתבצעים בהם תחקירים פנימיים סמוך למועד האירוע. המרכז הרפואי תל אביב מסר כי מתקיימים בו כדבר שבשגרה תחקירים פנימיים לצורך הפקת לקחים ומסקנות מערכתיות, לרבות יצירת נהלים חדשים, הדרכות והשתלמויות. שיתוף הפעולה וחשיפת האמת על ידי מטפלים במסגרת תחקיר הם רבים ומשיגים את המטרה של פעילות ניהול סיכונים חופשית. לעומת זאת, פעילות ניהול סיכונים על ידי "ועדת בדיקה" נתפסת כאיום על המטפלים ועלולה להפחית את מידת שיתוף הפעולה בחשיפת האמת. מקרים שבהם נגרמו למטופלים פגיעות קשות מופנים למשרד להקמת ועדת בדיקה.

מהממצאים עולה כי בתי חולים מיעטו להשתמש בסמכותם להקמת ועדות בדיקה על פי סעיף 21 לחוק זכויות החולה וכי אין בהירות ואין אסדרה מהם המקרים שבהם יש להקים ועדה על פי סעיף זה.

במדינות רבות בארצות הברית נחקקו חוקים המקנים חיסיון לפעילותן של ועדות בדיקה פנימיות בבתי חולים. אף שוועדות אלה פועלות בארצות הברית מכוח חובה חוקית או כתנאי וכדרישה לאבטחת איכות, המדינות השונות מצאו לנכון לחוקק חוקים המקנים חיסיון לפעילות ועדות הבדיקה על מנת להבטיח פעולה יעילה שלהן. המחוקק האמריקני העדיף את האינטרס של פתיחות וכנות בהליכי הבדיקה של הוועדות במחיר של הגבלת חולים להשיג מידע שיסייע בידיהם בהגשת תביעות.⁹⁵

נמצא כי חלק מהמוסדות חוקרים אירועים שהתרחשו במסגרת ועדות בקרה ואיכות (ראו להלן); חלק מהמוסדות מעדיפים כי החקירה לא תבוצע בתוך המוסד אלא על ידי משרד הבריאות במסגרת ועדות בדיקה המתמנות על ידי נציב התלונות (ראו להלן). עם זאת ועדות הבדיקה מוקמות על ידי נציב התלונות זמן רב לאחר התרחשות האירוע עובדה המקשה על הגורמים הרלוונטיים לאסוף את המידע וללקט עדויות, וכך נפגעת איכות החקירה.

מנכ"ל המשרד כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי לאחרונה סיכם המשרד קריטריונים למקרים שבהם מחויב המוסד הרפואי להקים ועדת בדיקה. עד כה הופעל הנוהל בתוך המשרד לתקופת ניסיון בלבד לצורך הסקת מסקנות לפני הפצתו לכלל המוסדות הרפואיים. כמו כן כתב המשרד כי כל עוד יישאר המצב המשפטי על כנו המאפשר חשיפת הדיווחים בדיונים משפטיים, יימשך הקושי לחקור אירועים חריגים ואירועי "כמעט שנפגע" במסגרת ועדות בדיקה.

בית החולים נהרייה השיב כי אכן מוקמות ועדות בדיקה מעטות מאחר שהן חשופות למטופל ולמשפחתו. נוכח היעדר החיסיון על פעולתן, יש להותיר את ההחלטה אם להקים ועדת בדיקה בידי מנהל המוסד ולא לקבוע לכך כללים על ידי המשרד.

95 משה פייגין, ואחרים, ניהול סיכונים ברפואה, אוניברסיטת תל אביב, עמ' 203.

מיעוט ועדות הבקרה והאיכות המוקמות במוסדות רפואיים

סעיף 22 לחוק זכויות החולה מסדיר הקמת ועדות בקרה ואיכות לצורך הערכת הטיפול הרפואי ושיפורו. הוועדות מוקמות לבחינה חד-פעמית של אירועים רוחביים במרכז רפואי ולא לבחינת אירוע מסוים. כך למשל ועדה לבחינה של נפילת חולים במהלך אשפוז. לעתים מדובר גם בוועדות הפועלות בדרך קבע ושיש להן השלכות על ניהול סיכונים, כמו ועדה לבדיקת זיהומים בבתי חולים. סעיף 22 מקנה חיסיון מלא לתוכן הדיונים שהתקיימו ולפרוטוקול הישיבות. 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 ולא תיהנה מחיסיון⁹⁶. על פי סעיף 22 (ה) הממצאים העובדתיים שקבעה ועדת הבקרה והאיכות, הנוגעים למצבו של מטופל, יתועדו ברשומה הרפואית.

באשר לסעיף 22 לחוק זכויות החולה קבעה ועדת שפניץ כי הסעיף המסדיר את פעילותן של ועדות בקרה ואיכות נועד לחול על כל ההליכים שמטרתיהם הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכות שירותי הבריאות, ללא תלות בשאלה מה היה הזרז להליכים - האם חקירת אירוע מסוים או תהליכים שוטפים של בקרת איכות.

משרד מבקר המדינה בדק את מספר ועדות הבקרה והאיכות שהוקמו על פי סעיף 22 לחוק זכויות החולה בשנים 2008-2010 (במשך שלוש שנים) בבתי החולים הממשלתיים הכלליים, ולהלן הממצאים:

לא הוקמו ועדות בקרה ואיכות במרכז הרפואי תל אביב, בשיבא, באסף הרופא בצריפין, בבני ציון בחיפה, במרכז הרפואי הלל יפה בחדרה ובזיו בצפת; ועדת בקרה ואיכות אחת הוקמה בוולפסון בחולון; שתי ועדות בקרה ואיכות הוקמו בפוריה בטבריה; שלוש ועדות בקרה ואיכות הוקמו בבית החולים נהרייה; תשע ועדות בקרה ואיכות הוקמו בברזילי באשקלון; לשם השוואה, במרכז הרפואי רבין - בלינסון בפתח תקווה הוקמו 47 ועדות בקרה ואיכות.

מהממצאים עולה כי חלק מבתי החולים מיעטו להשתמש בסמכותם להקים ועדת בקרה ואיכות על פי סעיף 22 לחוק זכויות החולה. מכאן עולה חשש כי חלק מהמוסדות הרפואיים אינם משקיעים די מאמצים בהערכת הפעילות הרפואית ובשיפור איכותו של הטיפול הרפואי. חידוש פעילותן של ועדות הבקרה והאיכות שפעלו במסגרת בתי החולים הכרחי לקידום פעילות האיכות והבטיחות ברפואה.

ענבל כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי אין לקשור בין מספר ועדות הבקרה והאיכות המוקמות בבתי החולים לבין הערכת ההשקעה בפעילות המוסד לשיפור איכות הטיפול הרפואי, מפני שקיימת פעילות נוספת, כגון ימי עיון וועדות קבועות המוקמות בבתי החולים בנושאים שונים (זיהומים, אלימות וכו'). המרכז רפואי תל אביב כתב בנובמבר 2011 כי פעילות לשיפור איכות הטיפול הרפואי מתבצעת במגוון נרחב של אמצעים, כגון: סדנאות לשיפור מיומנויות תחקיר אירוע חריג; בדיקת תחומים מסוכנים לצורך הפחתת סיכונים והגברת הבטיחות. עוד כתב כי מצוקת המשאבים וכוח האדם אינה מאפשרת הקצאה ייעודית של רופאים לוועדות בקרה ואיכות.

רמב"ם כתב למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2011 כי הוא קיים כ-80 דיונים במתכונת של ועדות בקרה ואיכות, כאשר בכל דיון נידונו ארבעה עד שבעה אירועים חריגים. לדברי בית החולים מתכונת זו של דיונים במקרים חריגים, במסגרת ועדת בקרה ואיכות, אפשרה קיום דיון גלוי וחשיפת הפרטים ללא חשש מהסרת החיסיון.

נציגי הר"י מסרו למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2011 כי ועדות הבקרה והאיכות שפעלו בעבר בקביעות בבתי החולים (ועדות תמותה, תחלואה, זיהומים וכו') נהגו לקיים את דיוניהן על בסיס אירועים פרטניים מזוהים. לדעת היועצים המשפטיים של הר"י, בתנאים אלו כיום דיוני הוועדות אינם עומדים בהגדרת "ועדת בקרה ואיכות", ולכן הדיונים אינם חסויים. בעקבות זאת התרחשה נסיגה של ממש בפעילות ועדות אלה עד כדי הפסקתן. הפסקת פעילות הוועדות או צמצומה פגעו אנושות בזרימת מידע שוטף בנושא איכות הטיפול לצורך הכנסת שינויים ושיפורים. יתרה מכך, לעתים בלתי אפשרי לקיים דיונים במסגרת ועדות בקרה ואיכות בלי לדון במקרים ספציפיים או שאיכות הדיונים נפגעת (כגון ועדות תמותה). בהמשך מצאו חלק מוועדות אלה פתרונות יצירתיים כדי לקיים פעילות בקרה ואיכות שתתאים להגדרה ולאילוצים. הדרישות המופנות לבתי החולים לקיים דיונים באירועים חריגים בוועדות בדיקה או בוועדות בקרה ואיכות הן בבחינת "מכשול בפני עיוור". לדברי נציגי הר"י אין זה המצב הרצוי לפעילותה של מערכת בטיחות שצריכה להיות מבוססת על חקירה דינמית של אירועים חריגים ועל הפקת לקחים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי העברת החקירות של אירועים חריגים, שאמורים להיבדק על ידי ועדות בדיקה לפי סעיף 21, לבדיקתן של ועדות בקרה ואיכות על פי סעיף 22 לחוק, מעניקה חיסיון בניגוד לכוונת חוק זכויות החולה. לעומת זאת, דיון באירועים חריגים במסגרת ועדות בקרה ואיכות מסכן את החיסיון המוטל עליהן. כמו כן ממספרן הנמוך של הוועדות שהוקמו בשנים עולה כי חלה נסיגה מדאיגה מבחינת בטיחות החולים הן בפעולת ועדות הבדיקה והן בפעולת ועדות הבקרה והאיכות בבתי החולים.

העמימות ואי-הבהירות באשר לאירועים החריגים שבגינם יש להקים ועדת בדיקה על פי סעיף 21 ובאשר לנושאים שבהם יש לדון במסגרת ועדת בקרה ואיכות על פי סעיף 22, מצריכות את הבהרת הנושא על ידי המשרד. כמו כן, על משרד הבריאות ועל משרד המשפטים לדון בהקדם האפשרי בפתרון בעיית היעדר החיסיון המוטל על ועדות הבדיקה ובמידה מסוימת גם על ועדות הבקרה והאיכות, משום שהשינוי במצב הדברים הקיים מתבקש לשם הצלת חיי החולים.

סקרי ניהול סיכונים בקופות החולים ובבתי החולים

על פי שיטות מתקדמות של ממשל תאגיד⁹⁷ ראוי כי גופים יבצעו סקרי ניהול סיכונים כחלק חשוב מפעילותם העסקית תוך כדי מיפוי התהליכים ובידוד התהליכים שבהם קיים סיכון וטיפול בהם. חלק חשוב מעקרונות הממשל התאגידי מתייחס לחיזוק הבקרה והביקורת הפנימית, וחשוב לא פחות - לאיתור סיכונים, להערכתם, לניהולם ולעמידה על הסתברותם. לאחר מכן יש לקבל החלטות אילו סיכונים יש לנטרל. הביקורת הפנימית אמורה לכלול בתכנית העבודה בקרה על יישום הליך ניהול סיכונים תקין, כל זאת כדי שהנהלה והגופים האחראיים יוכלו להצהיר במידה רבה של ביטחון כי קיים מידע נאמן על מצבו של הגוף ועל אופן התנהלותו. משרד מבקר המדינה בחן אם נערכים סקרי ניהול סיכונים במוסדות רפואיים ובקופות החולים ככלי לניהול סיכונים ולמניעת אירועים חריגים.

97 "ממשל תאגידי" הוא שם כולל לנורמות לפיקוח ולבקרה בתאגיד המבטיחות כי הוא יתנהל כיאות ובשקיפות. ראו דוח מיוחד של מבקר המדינה - דוחות ביקורת על קופות חולים בנושא מוסדות הניהול, הפיקוח והבקרה בקופות החולים (נובמבר 2010), עמ' 200.

סקרי ניהול סיכונים בקופות החולים

"הסכמי הייצוב"⁹⁸ של קופות החולים לשנים 2008-2010 מחייבים אותן לבצע סקר ניהול סיכונים הכולל מיפוי הסיכונים על פי קטגוריות שונות, תוך כדי מתן ציונים על פי שקלול רכיבים שונים. הסיכונים הנבדקים עלולים בחלקם להוביל לתקלות רפואיות (כגון זיהום, אי-תקינות מכשירים רפואיים). המשרד מסר כי גם בהסכמי הייצוב לשנים 2011-2013 תופיע דרישה דומה. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים), התשס"ו-2006 מחייבות את הקופות לצרף לדוחותיהן הכספיים הרבעוניים את דוח מועצת הקופה, שעליו לכלול בין היתר סיכום של גורמי הסיכון בקופה לפי טיבם ולדרגם בקטגוריות על פי השפעתם לדעת ההנהלה על פעילות הקופה ועל פי תוצאותיהם.

נמצא כי הקופות העבירו את סקרי ניהול סיכונים במהלך 2011 למשרד, אולם הנתונים שהועברו רבים ומורכבים ודורשים מומחיות מיוחדת כדי לנתחם.

בביקורת עלה כי במשרד אין גורם שיכול לפענח את הסקרים, להסיק מסקנות ולקבוע דרכי פעולה רצויות בעקבותיהם, ולכן יש צורך בהתקשרות עם בעל תפקיד המתמחה בנושא.

במהלך הביקורת מינה המשרד רואה חשבון חיצוני שבחן את הסקרים שהגישו הכללית, מכבי ולאומית ושהגיש למשרד את ממצאיו. על פי הממצאים בכל אחת מהקופות בוצע תהליך שונה, מטרת הסקר הייתה שונה וכך גם שיטות הניתוח והצגת הנתונים. לפיכך אי-אפשר להשוות מסקנות משותפות. רואה החשבון ממליץ לבחון מול הקופות את הסוגיות האלה: תהליכי קבלת ההחלטות שהובילו להזמנת הסקר; האם התקיים דיון בסקר ובמשמעויותיו; כיצד נערכה הקופה להשתמש במסקנות הסקר והמלצותיו והאם נגזרה תכנית עבודה שנתית ליישום תוצאותיו. בסיום הביקורת, בינואר 2012, הוציא המשרד חוזר המסדיר את חובת ביצוע סקר ניהול סיכונים בקופות.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד להחליט איזה סוג של סקר ניהול סיכונים תידרש הקופה לבצע, לבחון קיום דיון בסקר ובמשמעויותיו ויישומן לתכנית עבודה שנתית; לקבוע כללים מנחים לניהול סיכונים של מוסדות רפואיים ולהנחות אותם בביצוע פעולות הפחתת הסיכונים; על המשרד לכלול בתקנוני הקופות גם את חובתן לבצע סקרי ניהול סיכונים, נוסף על הסכמי הייצוב; כמו כן על מבצעי הסקרים להציג את סקרי הסיכונים כתמצית מנהלים ביצועית תוך כדי מתן הנחיות לדרכי פעולה לגבי הסיכונים שהסתברות להתרחשותם גבוהה ושהנזק, אם יתרחש בעקבותיהם, יהיה חמור.

סקרי ניהול סיכונים בבתי חולים

בתי חולים בהיותם גופים עסקיים גדולים המנהלים פעילות בהיקפים של מיליארדי שקלים בשנה חשופים לסיכונים רבים: כלכליים, בטיחותיים, רפואיים ומשפטיים. יש אפוא חשיבות רבה לאומדן סיכונים אלה ולנקיטת פעולות לניהולם ולצמצומם.

ואולם בביקורת עלה כי ככלל בתי חולים אינם מחויבים בביצוע סקר לניהול סיכונים וכי אין הנחיה של המשרד בנושא. יצוין כי ענבל מבצעת סקרי סיכונים נקודתיים בבתי חולים ממשלתיים בהתאם לסיכון המוערך של בית החולים והמחלקות בו.

98 הסכמים שחותרות קופות החולים עם משרד הבריאות ועם משרד האוצר, ובהם מפורטת התכנית לייצובה הכלכלי של הקופה וזאת כתנאי לקבלת כספי תמיכה.

על המשרד לשקול להורות על ביצוע סקרי ניהול סיכונים גם לבתי חולים בדומה להנחייתו הנוגעת לקופות החולים.

תהליך האקרדיטציה - אבטחת איכות לבתי חולים באמצעות ארגון JCI

הכללית החלה בהליך אבטחת איכות (אקרדיטציה) לבתי החולים שבבעלותה באמצעות ארגון Joint Commission International - JCI⁹⁹, ובשנת 2010 החל המשרד בהליך זה לבתי החולים הממשלתיים. עמידה בתו האיכות מעודדת בין השאר תיירות מרפא המגדילה את הכנסות בתי החולים. היתרון בקבלת תו האיכות הוא שיפור הבטיחות ברפואה. תהליך קבלת תו איכות נמשך שנים מספר.

עד 2011 כבר סיימו את התהליך וקיבלו תו איכות שישה בתי חולים של הכללית: המרכז הרפואי כרמל בחיפה, המרכז הרפואי רבין - בלינסון בפתח תקווה, המרכז הרפואי קפלן ברחובות, המרכז הרפואי העמק בעפולה, המרכז הרפואי מאיר בכפר סבא והמרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה בכפר שבע. שלושת האחרונים, שהיו הראשונים שקיבלו תו איכות, נמצאים בשלב נוסף של חידוש האישור. המרכז הרפואי יוספטל באילת, המרכז הרפואי הגריאטרי בית רבקה בפתח תקווה ובית חולים ליונשטיין מרכז לשיקום ברעננה נמצאים בעיצומו של ההליך. חמישה בתי חולים ממשלתיים הנמצאים באמצע ההליך הם: פוריה, וולפסון, מרכז רפואי תל אביב, שיבא ואסף הרופא. המשרד מסר כי ב-2012 יחל התהליך באשר לששת בתי החולים הממשלתיים האחרים. גם חמישה בתי חולים ציבוריים בבעלות פרטית במזרח ירושלים החלו בתהליך¹⁰⁰; בית החולים אסותא מרכזים רפואיים בע"מ ברמת החייל קיבל הכרה ב-2011. הסתדרות מדיצינית הדסה נמצאת במועד סיום הביקורת במשא ומתן עם הארגון לקראת התחלת ההליך.

משרד מבקר המדינה מצייין לשבח את יזמת הכללית בביצוע הליכי אבטחת האיכות המגבירים את איכות שירותי הרפואה בישראל וממליץ להמשיך בהליך ביתר בתי החולים בארץ.

בטיחות בטיפול הרפואי בבתי החולים

ברפואה המודרנית של המאה העשרים ואחת חלה התקדמות ניכרת ביכולת אבחון המחלות, הטיפול בהן וריפויין. עם התפתחות מערכת הטיפול הרפואי, עלתה מאוד המורכבות הטכנולוגית של המערכת ושל סביבת העבודה. לדברי ד"ר יואל דונחין ודניאל גופר¹⁰¹, במערכת שבה יש רופאים ואחיות בעלי ידע ומיומנות רבים וטכנולוגיה מתקדמת, יש גם מספר רב של תקלות וטעויות רפואיות שרובן ניתנות למניעה. התופעה מכונה "הפרדוקס הרפואי". לדבריהם, בכל טיפול רפואי נבנה במהירות בסיס מידע הגדל והולך, בין היתר בשל רבגוניותו של הצוות הרפואי המשתתף בטיפול הרפואי. עובדה זו הופכת כל תהליך טיפולי למעין "מירוץ שליחים" שבמהלכו כל העברת מטופל חייבת להיות מלווה בהעברת אחריות ובהעברת מידע ראוייה.

99 ארגון אמריקני המעניק תו איכות בינלאומי בלמעלה מ-80 מדינות בעולם ובמאות בתי חולים.
 100 הדסה מוקסד, אוגוסטה ויקטוריה, סן גוזה, סן ג'וזף לעניים ויולדות הסהר האדום, במימון של ארגון העזרה האמריקני הבינלאומי U.S. AID.
 101 יואל דונחין ודניאל גופר, סביב מיטת החולה: הנדסת אנוש ובטיחות בטיפול הרפואי, ירושלים: כרטא, 2011.

בטיחות רפואית היא תחום הכולל הנדסת אנוש (אגרונומיה) ובוחר את אופן תפקודו של הפרט בסביבת העבודה לנוכח מגבלותיו הקוגניטיביות והאילוצים במערכת רפואית מורכבת. הנחת המוצא בתחום זה היא שחלק ניכר מהכשלים הרפואיים ומהטעויות הרפואיות נגרמים מכשלים מערכתיים אנושיים או טכניים, מעומסי עבודה, מהדרישה לקבל החלטות מהירות וכן מתנאים סביבתיים המכשילים את עבודת הרופא עקב מגבלות החשיבה והזיכרון האנושי. להבדיל ממערכות אחרות, מחיר הטעויות הרפואיות עלול להיות כבד מאוד. הדגש בתחום זה הוא איתור הכשלים המערכתיים לפני קרות האירוע והפקת לקחים מהם לאחר התרחשותו.

כפי שמסר ד"ר דונחין למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת, נושאים עיקריים שבהם עוסקים מרכזים רפואיים בתחום זה הם: מחשוב מתן תרופות כדי למנוע טעויות כגון מתן תרופות סותרות; נקיטת אמצעים למניעת טעויות במתן דם; תדרוך בנוכחות הצוות המנתח והחולה לפני ניתוח כדי לוודא שאין טעויות מהותיות; פיתוח מערכות לדיווח על טעויות רפואיות; פיתוח מערכות לדיווח על "כמעט טעויות" או על קשיים העלולים לגרום לכשלים, מתוך גישה מניעתית; שיפור טפסים וגיליונות רפואיים והפיכתם לידידותיים למשתמש במטרה לשפר את רמת התיעוד הרפואי ואת התקשורת בין רופאים, אחיות וחולים¹⁰²; שיפור נוהלי העברת משמרות בבתי חולים בהתאם לספרות העולמית.

ואולם, הביקורת העלתה כי מנהלי הסיכונים במוסדות הרפואיים עוסקים כאמור לרוב בריכוז המידע לגבי האירועים שהתרחשו ובתיעודו. כלומר פעילותם מתמקדת בצמצום הנזק העלול להיגרם למוסד עקב תביעה עתידית (ניהול סיכונים משפטי) מול מבטחי האחריות המקצועית של המוסד.

ענבל, המבצעת את ניהול הסיכונים הארצי המקצועי והמשפטי של בתי החולים הממשלתיים, מקיימת מאז שנת 2002 סדנאות והרצאות רפואיות-משפטיות¹⁰³. ענבל לוקחת חלק פעיל בארגון כינוסים מקצועיים בתחום איכות ובטיחות ברפואה ואף מרבה להשתתף בהם. עם זאת, נמצא שפעילותה של מחלקת ניהול הסיכונים של ענבל מתמקדת בהיבט המשפטי.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד להדגיש את קידום הבטיחות בטיפול הרפואי (תחום המניעה). ניתן לעשות זאת בין השאר במסגרת הקמת המערך הארצי לניהול סיכונים, וזאת בצד העיסוק בניהול סיכונים משפטיים ובהפקת לקחים ארצית.

הוראת בטיחות ברפואה באקדמיה

נוכח החשיבות של הקניית ידע בנושא בטיחות ברפואה כאמצעי למניעת כשלים וטעויות, משרד מבקר המדינה בחן את ההכשרה בנושא המועברת לסטודנטים לרפואה בפקולטות לרפואה השונות במוסדות האקדמיים בארץ, ולהלן הממצאים:

מהפקולטה לרפואה בטכניון נמסר ביולי 2011 כי אין קורס פרטני להוראת בטיחות רפואית ולמניעת תקלות ברפואה, אך ניתנים כמה קורסים המתייחסים לנושא. בנובמבר 2011 לאחר קבלת טיוטת דוח הביקורת מסר הטכניון כי בדק את רשימת הנושאים המומלצים להוראה בפקולטות לרפואה על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO)¹⁰⁴. בעקבות זאת הטכניון מגבש קורס חובה בהתאם להמלצות הללו בהיקף של 12 שעות כנדרש להוראה מלאה של הנושא בנושא בטיחות החולה והימנעות

102 לדוגמה ברמב"ם שינו את כרטיס המעקב לטיפולי קרינה המערבים עשרות אנשי צוות ומידע רב על אודות החולה והטיפול בו.

103 כך למשל סדנה לפענוח מוניטור עוברי למיילדות ולרופאים; סדנה לטיפול במצבי קיצון במיילדות כגון פרע כתפיים, רעלת היריון ודימום לאחר לידה; סדנה לצוותים מרכזים לרפואה דחופה.

104 WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, 2009

מטעויות. הקורס ייועד ללימודי שנה רביעית בשאיפה ליישמו כבר בשנת הלימודים התשע"ג (אוקטובר 2012 - יוני 2013).

הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב מסרה כי נבחרה לתכנית חלוץ כאחד מ-11 בתי ספר בעולם לבדיקת הטמעת תכניות בטיחות הטיפול המנוהלות על ידי ארגון הבריאות העולמי וכי התכנית כבר נלמדת במוסד.

הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב כתבה למשרד מבקר המדינה באפריל 2011 כי ניתנות כמה הרצאות בנושא. בעקבות הביקורת בנובמבר 2011 מסרה אוניברסיטה זו כי תבחן את היקף ההוראה בעניין בטיחות החולה וכיצד ניתן לשפרה.

אוניברסיטת בר-אילן, שאליה מסונף בית הספר לרפואה בצפת שנפתח בשנת הלימודים התשע"ב (אוקטובר 2011 - יוני 2012), כתבה כי הוראת בטיחות ברפואה תוכננה בהתאם לסילבוס הבינלאומי של ארגון הבריאות העולמי ותשולב בקורסים השונים.

בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים והסתדרות מדיציניית הדסה בירושלים כתב כי יש מקום למסד קורס ייחודי בהוראת בטיחות קלינית שהחל כבר בשנת תשע"ב לתלמידי שנה חמישית.

בשנת 2010/11 התקיים קורס הכשרה למנהלי סיכונים במערכת הבריאות בשיתוף אוניברסיטת בן-גוריון, הר"י, הכללית והפורום לבטיחות הטיפול¹⁰⁵, שמסגרתו הוכשרו 37 רופאים ואחיות לתפקיד מנהלי סיכונים. מחזור נוסף הכולל 38 משתתפים נפתח בנובמבר 2011.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד ולמוסדות להשכלה גבוהה כי נוכח חשיבות התחום והשונוות הרבה בהתייחסות המוסדות לנושא הבטיחות ברפואה, עליהם לבחון את תכניות הלימודים הקיימות בעולם בנושא בטיחות ברפואה ולשקול ליישמן.

המועצה להשכלה גבוהה השיבה בנובמבר 2011 כי תסייע בהבטחת יישום המלצות מבקר המדינה על ידי המוסדות שבאחריותה. הר"י השיבה כי המועצה המדעית שלה¹⁰⁶ תבחן את תכניות הלימודים הנתונות בפיקוחה כדי להבטיח שתינתן התייחסות הולמת לבטיחות ברפואה במגוון מסלולי הלימוד המיועדים לרופאים.

105 מטרת הפורום לבטיחות הטיפול לקדם פעילויות בתחום ניהול סיכונים ובטיחות הטיפול. חברים בו נציגי כלל השותפים במערכת הבריאות ומבטחי האחריות המקצועית.

106 המועצה המדעית של הר"י מוסמכת לקבוע את תוכני ההכשרה המקצועיים של רופאים לרבות מתמחים לאחר סיום לימודיהם האקדמיים ועם כניסתם לעבודה; המוסדות להשכלה גבוהה מוסמכים לקבוע את תוכני הלימוד הנלמדים בהם במהלך הלימודים האקדמיים.

הטיפול המשמעותי במשרד הבריאות:

107 נציב תלונות הציבור והליכי קובלנה המשמעותית

אחד מתפקידיו של משרד הבריאות הוא טיפול בעברות משמעת ורשלנות של בעלי מקצוע רפואי. "נציב תלונות הציבור למקצועות רפואיים"¹⁰⁸ במשרד הבריאות מקבל פניות ותלונות על חשש ממקרי רשלנות רפואית ובודק אותן. הפניות מתקבלות מהציבור, ממוסדות רפואיים, מתביעות המוגשות לבתי המשפט ומהנהלת המשרד. הנציב מחליט בעזרת צוות יועצים המורכב מרופאים בכירים מתחומים שונים העובדים במשרד הבריאות לפעול באחת הדרכים האלה: (א) לקבוע כי המקרה אינו מצדיק בירור; (ב) לקבל את תגובת הצוות הרפואי המעורב על ידי פנייה למוסד הרפואי; (ג) לערוך שימוע לאיש הצוות הרפואי מול חלק מצוות היועצים הנ"ל; (ד) להקים ועדת בדיקה ללימוד וחקירת האירוע.¹⁰⁹

אם מוקמת ועדת בדיקה ממנה הנציב עורך דין של המשרד וכן שני רופאים בתחומי הרפואה הרלוונטיים למקרה. הוועדה מזמינה לעדות את הגורמים שהיו מעורבים באירוע, בודקת את עובדות המקרה ומציגה קביעות עובדתיות באשר לנסיבותיו. ועדת הבדיקה ממליצה לנציב לקבוע אם הייתה רשלנות המצדיקה הגשת קובלנה משמעתית. הנציב מצרף את המלצתו לדוח ועדת הבדיקה אם הייתה לדעתו רשלנות הדרושה הגשת קובלנה משמעתית ומעביר את הדברים להכרעת מנכ"ל המשרד. אם מחליט המנכ"ל להגיש קובלנה, התיק עובר לתובעת המשרד. כאשר מדובר בתלונה על אחות שאינה מערכת רופאים, האחיות הראשית במשרד מבררת את עובדות המקרה ומחליטה אם להמליץ למנכ"ל המשרד על הגשת קובלנה משמעתית.

בדיון בקובלנה בבית הדין למשמעת של משרד הבריאות יושבים חברי ועדת המשמעת, המורכבת מנציגים ממשרד הבריאות, ממשרד המשפטים, מהר"י ומעורכי דין מהלשכה המשפטית במשרד. חברי הוועדה שומעים את טיעוני הצדדים, בוחנים את חומר הראיות ומספקים תשתית עובדתית לקבלת החלטה. המלצות ועדת המשמעת עוברות להחלטת השופט¹¹⁰, שאליו הואצלו סמכויות שר הבריאות, לקבלת החלטה בקובלנה בהתאם לפקודת הרופאים [נוסח חדש] התשל"ז - 1976. השופט מוסמך לזכות את הרופא, לתת לו עונש של נזיפה, להתרות בו, להתלות את רישונו עד חמש שנים או לבטל את רישונו כליל.

נמצא כי בשנת 2009 הוגשו 1,009 תלונות לנציב תלונות הציבור, ועל בסיסן הוקמו 22 ועדות בדיקה (2%) ונערכו 75 שימועים (7.5%); בשנת 2010 הוגשו 1,047 תלונות ועל בסיסן הוקמו 41 ועדות בדיקה (4%) ונערכו 116 שימועים (11%); במחצית הראשונה של שנת 2011 הוגשו 734 תלונות, ועל בסיסן הוקמו 24 ועדות בדיקה (3.2%) ונערכו 35 שימועים (4.7%).

מינואר 2009 ועד מחצית 2011 (משך שנתיים וחצי) הגיעו לנציב 2,790 תלונות, ועל בסיסן הוא מינה 87 ועדות בדיקה (3.1%). בעקבות פעולות ועדות הבדיקה הוגשו 64 קובלנות לבית הדין למשמעת של משרד הבריאות (2% מהתלונות).

המשרד ונציב התלונות כתבו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי ועדות הבדיקה נותנות מענה לרוב האירועים החריגים המדווחים על ידי מוסדות רפואיים. במקרים שבהם מוגשת תלונה

107 הנושא נדון בכנסת בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בפברואר 2004; כן נערך תחקיר בנושא ועדות בדיקה במשרד הבריאות על ידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת ביוני 2004.
108 המקצועות הרפואיים שבאחריות נציב התלונות - רופאים, אחיות ואופטומטריסטים.
109 מכוח סעיף 21 לחוק זכויות החולה.
110 השופט בדימוס ורדי זיילר שכהן בתפקיד הוחלף בשופט בדימוס, תת-אלוף (מיל') אמנון סטרשנוב.

למשטרה הנציב מנוע מלחקור; שיעור הקובלנות שהוגשו מתוך סך ועדות הבדיקה שמונו (75%) מעיד על חומרת המקרים ועל ביצוע חקירה אמתית ורצינית; מרבית התלונות המוגשות אינן מצדיקות הקמת ועדת בדיקה וכוללות גם תלונות על יחס אישי קלוקל ועל קביעת תורים. לאחר בירור נסיבות האירוע עם הנילון, הנציב מחליט כי הנסיבות אינן מצדיקות המשך טיפול; בחלק מהתלונות רשאי הנציב לתת הערה או אזהרה בלי להזדקק להליכים משמעתיים; בחלק נוסף מהתלונות מתייעץ הנציב עם מומחים רפואיים עובדי המשרד, ובחלק אחר מתייעץ עם מומחים רפואיים חיצוניים למשרד, ומכריע באשר לטיפול בתלונה; רק בחלק קטן מהמקרים, בדרך כלל המקרים הקשים, מחליט הנציב להקים ועדת בדיקה.

עורכי דין פרטיים המומחים בתחום הרשלנות הרפואית מסרו למשרד מבקר המדינה כי בגין חלק גדול ממקרי הרשלנות מוגשות תביעות אזרחיות ישירות לבתי המשפט ללא תלונה לנציב התלונות במשרד. זאת בשל המלצת עורכי הדין ללקוחותיהם שלא להגיש תלונה לנציב התלונות, עקב חששם לאי-מיצוי ההליכים המשמעתיים נגד הרופאים הנידונים ועקב התמשכותם של ההליכים.

אסדרת פעילות נציב תלונות הציבור והדיון המשמעתי במקרי חשש לרשלנות רפואית

היעדר אסדרה בחוק של פעולות נציב תלונות הציבור

פעולת נציב התלונות אינה מוסדרת בחוק. כך גם אין הגדרה לדרכי פעולתן של ועדות הבדיקה. נציב התלונות פועל מכוח כמה מקורות נורמטיביים: (א) על פי שיקול דעתו ולאחר התייעצות עם רופאים מומחים ועל פי הנחיות בעל פה ממנכ"ל המשרד אשר אינן מעוגנות בנהלים; (ב) נוהל פנימי שהוציא נציב התלונות "נוהל פעילות ועדות בדיקה המתמנות על ידי נציב תלונות הציבור" (ללא ציון תאריך) העוסק בחברי ועדת הבדיקה, במכזו הוועדה, בסודיות פעולותיה, בדרכי עבודתה, ברוח הסיכום שלה ובזכויות הנבדק; (ג) חוק זכויות החולה המסדיר בסעיף 21 רק את שיטת הקמתן של ועדות הבדיקה על ידי נציב התלונות; (ד) סמכות נציב התלונות לברר נסיבות של אירוע חריג במוסד רפואי קבועה בסעיפים 29 א' (1) ו-3 לפקודת בריאות העם, 1940.

חלקים שונים בפעילותו של נציב התלונות מוסדרים בדין, בהוראות, ובנהלים פנימיים, אולם נמצא כי מקורות אלה אינם מסדירים את מלוא תחום פעילותו וכי אין בהם הגדרה חוקית באשר לסמכויותיו ולחובותיו של נציב התלונות והן באשר לוועדות הבדיקה שהוא ממנה.

המשרד מסר למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2011 כי לפני שנים מספר הוגשה הצעת חוק לאסדרת הנושא אשר עברה את אישור ועדת השרים לענייני חקיקה בספטמבר 2004. לטענת המשרד ההצעה לא קודמה הן בשל התנגדות הר"י והן מאחר שבד בבד החל משרד המשפטים בהליך הסדרה כולל של השיפוט המשמעתי במגוון מקצועות לרבות רפואיים. המשרד מסר בינואר 2012 כי הוא הקים צוות לגבש הצעת חוק בנושא סמכויות נציב התלונות, תוך כדי הפרדת פעילותו מנושא הדיון המשמעתי.

הר"י כתבה בדצמבר 2011 כי ועדת הבדיקה מציגה לעיתים לנציב התלונות המלצות מקצועיות להפקת לקחים מערכתיים יחד עם המלצות להעמיד לדין משמעתי את המעורבים בדבר. הר"י ממליצה לעגן בחקיקה את סמכויות נציב התלונות, כדי להבטיח את עצמאותו המקצועית.

משרד המשפטים השיב בינואר 2012 כי הליך ההסדרה הכולל של השיפוט המשמעותי לא הסתיים אלא נמצא בבדיקה ובעיון. בכל מקרה אין הליך זה עוסק בשלב חקירת האירועים על ידי נציב התלונות, באמצעות ועדות הבדיקה שהוא ממנה ולכן אין ולא היה בו כדי למנוע ממשרד הבריאות לקדם חקיקה בנושא נציב התלונות וועדות הבדיקה.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לשקול הגדרת סמכויות נציב התלונות לזימון עדים או מומחים; להסדיר תקציב ייעודי לפעילות נציב התלונות; ולקבוע אפשרות לערעור על החלטת הנציב בדבר הקמת ועדת בדיקה או בדבר הגשת קובלנה.

חשש לניגוד עניינים מוסדי מובנה בתפקיד משרד הבריאות בעת קביעת רשלנות של רופאים בבתי חולים ממשלתיים

המשרד, במסגרת ועדות הבדיקה וועדות המשמעת, קובע קיומה של רשלנות גם בענייניהם של רופאים עובדי בתי החולים הממשלתיים. קביעה של נציב התלונות בשאלת קיומה של רשלנות רופאים המועסקים בבתי חולים ממשלתיים עלולה להטיל על המשרד את האחריות בתביעות אזרחיות כספיות המוגשות בגין אותם אירועים. דבר זה עלול ליצור חשש לניגוד עניינים מוסדי, שכן מצד אחד המשרד קובע את הרשלנות ומצד אחר עלול הפיצוי בגין רשלנות זו להיות משולם מתקציבו.

סוגיית ניגוד העניינים המוסדי עלתה בדיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בפברואר 2004 אולם לא התקבלו החלטות בנושא. מנהל האגף לביקורת פנים של המשרד, מר אריה פז, כתב למנכ"ל משרד הבריאות בספטמבר 2011 כי כבר בשנת 1983 טען כי "על מנת לא לפגוע באמון הציבור על מידת האובייקטיביות של החקירות שעורך משרד הבריאות בעניינם [של רופאים עובדי המדינה], ראוי להעביר את הנושא למשרד המשפטים, כדוגמת חקירות שנעשות על שוטרים... עמדתי היא כפי שביטאתי אותה במשרד, שצריך לפעול להוצאת חקירות על רופאים מקורת הגג של משרד הבריאות למשרד המשפטים".

מנהל האגף לביקורת פנים של המשרד מסר למשרד מבקר המדינה את היתרונות שבהוצאת פעילות נציב התלונות וועדות הבדיקה שהוא ממנה וכן את הטיפול המשמעותי ברופאים - מאחריות משרד הבריאות: ביטול כפיפות נציב התלונות לשר הבריאות והעברת האחריות לשר אחר דוגמת שר המשפטים עשויים למנוע הפעלת לחץ על מקבלי החלטות במשרד הבריאות להימנע מהליכי משמעת ומתוצאותיהם; הדבר יכול להביא לביטול ניגוד העניינים המוסדי - כאמור לעיל - הקיים בין תפקידו של משרד הבריאות כבעלים של בתי חולים לבין תפקידו כאחראי על הדיון המשמעותי; בכלל זה - העסקתם של מקבלי החלטות בנושא המשמעת, לרבות נציב התלונות והיועצים הרפואיים במשרד אחר ולא במשרד הבריאות, יכולה לתרום לכך שהליך קבלת החלטות יהיה נקי משיקולים של נאמנות לארגון; ניתוק הקשר בין משרד הבריאות לבין הדיון המשמעותי עשוי גם לתרום לנכונות הצוותים הרפואיים לדווח על אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע" למטרת קידום בטיחות רפואית, וכך לפוגג את החשש כי הדיווחים יגרמו לבירור משמעותי אצל נציב התלונות.

משרד המשפטים כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי בשנת 2001 - בעקבות הצעת שר הבריאות דאז, מר רוני מילוא, להעביר הן את החקירות והן את הדין המשמעותי למשרד המשפטים - קיימו משרדי המשפטים והבריאות דיון. בדיון הציג משרד המשפטים את עמדתו כי אין מניעה שמשרד הבריאות ימשיך לרכז את הטיפול בכל הכרוך בדיון המשמעותי. אמנם החוק המסדיר את הדיון המשמעותי של רופאים לא העמיד איזונים ובלמים נכונים על מערכת הבריאות. עם זאת, הצעות התיקונים שהיו אז בהצעת חוק הרופאים (הליכי בדיקת תלונות ואמצעי משמעת) אמורים היו לשפר את המנגנון המשמעותי במשרד הבריאות ולמנוע את התחלואים שמהם סבלה המערכת ובין היתר ליצור הפרדה בין הגורמים החוקרים וגורמי התביעה. לפיכך הוחלט אז לקדם את הצעת חוק

הרופאים, לבחון את השפעת החקיקה החדשה הצפויה על מערכת הבריאות ולתת המלצות בדבר המהלכים הנדרשים בהמשך.

הר"י טענה בדצמבר 2011 כי רק למשרד הבריאות יש היכולת המקצועית לבחון את התלונות המגיעות לנציב, להחליט על הקמת ועדות בדיקה ולטפל במסקנות ובהמלצות שמגישות הוועדות; לעתים ועדת הבדיקה מציגה לנציב התלונות המלצות מקצועיות להפקת לקחים מערכתיים וכן המלצות להעמיד לדין משמעת את המעורבים בדבר. לפיכך הר"י המליצה לעגן בחקיקה את סמכויות נציב התלונות ועודות הבדיקה כדי להבטיח את עצמאותם המקצועית.

נוסף על פעילות המשרד לאסדרת מעמדו של נציב התלונות בחקיקה או בנהלים, תוך כדי קביעת סמכויותיו וחובותיו, בדומה לאופן שבו מאוסדרת פעילות נציב תלונות הציבור על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, מוצע כי משרדי הבריאות והמשפטים יבחנו בחינה מעמיקה אם יש מקום להעביר למשרד המשפטים את כלל פעילות נציב התלונות, ועדות הבדיקה וכן את הדיון המשמעותי, ולחלופין את פעילות נציב התלונות ועודות הבדיקה בלבד. בחינה זו חשובה גם לנוכח העלייה שחלה בעשור האחרון במודעות הציבור לרשלנות רפואית, הגידול במספר התביעות והצורך לשמור על אמון הציבור בגורמי החקירה והדין המשמעותי.

אגב הבחינה האמורה, מוצע גם לבחון גם את הטענה כי בראש מערכת החקירה (נציב הקבילות) חייב לעמוד רופא; כנגד טענה זו אפשר להביא כדוגמה את המבנה שבו שופט דן בתביעות אזרחיות, בטענת רשלנות רפואית, כשהוא נעזר במומחים רפואיים.

ראוי גם לשקול לבחור לתפקיד חברי ועדות בדיקה יועצים רפואיים גמלאים שאינם מחויבים עוד למוסד רפואי זה או אחר וכך למתן את התנגדותם לדון את עמיתיהם למקצוע.

תהליך קבלת החלטה במשרד באשר להגשת קובלנה משמעתית

לאחר קבלת תגובות הצדדים לדוח ועדת הבדיקה ממליץ נציב התלונות למנכ"ל המשרד אם להגיש קובלנה משמעתית ומעביר המלצות אישיות למנכ"ל. אם המנכ"ל מחליט להגיש קובלנה, עובר התיק לתובעת המשרד להכנת הקובלנה.

נמצא כי במשרד אין נוהל המסדיר את שלבי קבלת ההחלטה על הגשת קובלנה משמעתית לאחר המלצת הנציב.

כך למשל למשרד מבקר המדינה הגיעה תלונה ב-2011 באשר לשינוי החלטה של המנכ"ל להעמיד רופא לדין בעקבות המלצה של הנציב ושל ועדת הבדיקה שחקרה את המקרה במשך שנים. במקרה זה ניתנה החלטה שונה על ידי המשנה למנכ"ל, וההחלטה הסופית הייתה אי-הגשת קובלנה.

מנכ"ל המשרד כתב למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2011 כי בימים אלו הוא עמל על כתיבת נוהל מסודר, הכולל את שלבי ההתדיינות בין מסקנות ועדת הבדיקה ועד ההמלצה על הליך משמעת. בין היתר יתייחס הנוהל לשיקולים הרפואיים, הראייתיים וגם המשפטיים בהחלטה אם להגיש קובלנה.

משרד מבקר המדינה ממליץ כי המשרד ישקול לכלול בנוהל גם הוראות לגבי החלטותיהם ומסקנותיהם של ועדת הבדיקה ושל נציב התלונות. מן הראוי לקבוע קריטריונים באשר למנגנון ההיוועצות של מקבלי החלטות במשרד עם הנציב ועם חברי ועדת הבדיקה תוך כדי הקפדה על שקיפות ההליך.

התמשכות הליכי הבדיקה והליכי הקובלנה המשמעתית במשרד הבריאות

חשוב לטפל במהירות בהליכי המשמעת, כדי למצות את הדין עם הרופא וכדי למנוע עוגמת נפש של הניזוק ומשפחתו מעצם התמשכות ההליכים. ככל שבירור האירוע על ידי הנציב מתבצע סמוך למועד ההתרחשות, כך יכולתם של המעורבים לזכור את פרטיו טובה יותר. התמשכות הטיפול בוועדות הבדיקה פוגמת ביכולת בירור הפרטים ופוגעת באיכות החקירה. יתרה מכך, אחד הנושאים החשובים בבירור נסיבות האירועים נשוא התלונות לנציב הוא הסקת מסקנות מערכתיות על ידי המשרד. המשרד יכול להתחיל לשקול הסקת מסקנות מערכתיות רק לאחר גיבוש מסקנות ועדות הבדיקה, דהיינו רק כשנתיים-שלוש בממוצע לאחר הגשת התלונה. יוצא אפוא שהשיהוי במינוי ועדת הבדיקה ובעבודתה מעכב גם את גיבוש המסקנות המערכתיות מהאירוע.

בביקורת עלה כי הזמן הממוצע החולף מרגע קבלת התלונה עד החלטת נציב התלונות על הקמת ועדת בדיקה הוא כשישה חודשים; עד איתור חברי ועדה הבדיקה והקמתה חולפים כשישה חודשים נוספים. פעולת ועדת הבדיקה עד גיבוש מסקנותיה אורכת כשנה-שנתיים נוספות. סך הכול נמשך התהליך אצל נציב התלונות כשנתיים-שלוש¹¹¹.

לאחר מכן, גיבוש החלטת מנכ"ל המשרד על סמך מסקנות ועדת הבדיקה והמלצת הנציב, כולל שימוע למעורבים אורך כשנה נוספת; בסך הכול חולפות כשלוש-ארבע שנים מרגע הגשת התלונה ועד העברת התיק לתובעת להגשת קובלנה. בהמשך עובר התיק לתובעת המשרד המגבשת את הקובלנה ומגישה אותה למנכ"ל המשרד; ועדת המשמעת מקיימת דיונים בקובלנה בדומה להליך משפטי, ובסיום מגישה את דוח ועדת המשמעת לשופט אשר מכריע בנושא.

המשרד מסר למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2011 כי מבדיקת התיקים שנסגרו בשנים 2009 ו-2010 עולה כי הזמן הממוצע של הגשת קובלנות הוא כשבעה חודשים, ומרגע הגשת הקובלנה ועד קבלת החלטת השופט חולפות עוד כשנתיים וחצי. כך יוצא שמרגע העברת התיק להגשת קובלנה ועד קבלת החלטה על ידי השופט חולפות כשלוש-ארבע שנים.

לפיכך מיום קבלת התלונה במשרד ועד קבלת הכרעה בקובלנה על ידי השופט חולפות כשש-שמונה שנים. לדעת משרד מבקר המדינה מדובר בלוח זמנים שאינו סביר. מן הראוי שמשרד הבריאות יוציא הנחיות באשר ללוחות הזמנים הראויים לכל אחד מהשלבים של הטיפול בתלונה.

111 בניו זילנד בשנת 2003 יותר מ-90% מהחקירות בחדר לרשלנות הסתיימו בתוך שנתיים, ראו R. Paterson "Protecting Patients' Rights in new Zealand", *Medicine and Law* (2005).

הקושי באיתור רופאים לוועדות הבדיקה והיעדר תקציב להפעלתן

1. אחת הסיבות להתמשכות ההליכים היא הקושי באיתור רופאים שישימו כחברי ועדות הבדיקה. נציב התלונות דיווח על חוסר שיתוף פעולה מצד רופאים לבצע את התפקיד בשל חוסר רצונם לשבת בוועדות הדנות בעמיתיהם למקצוע. כמו כן קשה לאתר רופאים ניטרליים שאין להם היכרות קודמת עם הרופא הנדון, בעיקר בתחומי התמחות שבהם יש מעט רופאים מלכתחילה. לוועדות הבדיקה מתמנים רופאים מנוסים ובכירים הנתונים ממילא בעומסי עבודה ומקדישים זמן רב לישיבות, ולכן הם מתקשים לפנות זמן לעבודת הוועדה. כמו כן הרופאים המתמנים לוועדות לא הוכשרו לביצוע תחקירים.

2. אחת הסיבות הנוספות לקשיים בעבודת ועדות הבדיקה היא היעדר תקציב לתגמול רופאים על הזמן שהם מקדישים לביצוע תפקיד זה. אף שהרופאים ממלאים תפקידים זה בהתנדבות, הרי שהם ראויים לתגמול כלשהו תמורתו ואף להחזר נסיעות לדיונים בוועדות הבדיקה. לפיכך קשה לבוא לרופאים בדרישות לעמידה בלוח זמנים לסיום מהיר של עבודת הוועדה. רק במרץ 2011 אושר תגמול בסך 2,300 ש"ח למומחה יועץ יחיד לנציב.

המשרד השיב בדצמבר 2011 כי אכן קשה לגייס רופאים מנוסים ובכירים לוועדות כאשר אין למשרד תקציב לשלם על השתתפותם; המשרד החליט על הסדרת תקציב ליועצים שישימו כחברי ועדות בדיקה.

3. סיבה נוספת לקשיים היא זימונם של הרופאים חברי ועדות בדיקה להעיד בבית המשפט במסגרת תביעות הנזיקין שהוגשו בעקבות האירוע הנבדק. עדות כזו כרוכה בניסיונות מצד התובע לערער את אמינותו ואת מהימנות המסקנות שהגיש הרופא לנציב התלונות. אי-הנעימות והקושי הנובעים ממעמד כזה מובנים מאליהם וברי כי הם מפחיתים עוד יותר את נכונותם של הרופאים להתנדבות זו.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבחון הקצאת תקציב לתגמול לרופאים היושבים בוועדות הבדיקה. לחילופין מוצע לשקול פתרונות אחרים, כגון אימוץ הצעת הנציב להקים צוות קבוע של רופאים במגוון מקצועות אשר בו ישתתפו רופאים שפרשו לגמלאות בשנים האחרונות ושישימו בתפקידים בכירים, אך לא נתנו חוות דעת במקרים של רשלנות רפואית. הרופאים הללו יוכשרו לביצוע תחקירים והם יזמנו על ידי הנציב להיות מועסקים בחלקי משרה על פי הצורך. לדברי הנציב, צוות כזה עשוי לייעל את ההליכים על ידי סיוע לנציב הן בשלב ההחלטה על מינוי ועדת בדיקה והן בכהונתם כחברי ועדה. הדבר עשוי לחסוך את השלב הקשה של איתור רופאים זמינים וכן לייעל את ישיבות הוועדה ולקצר את משכה. להערכת הנציב עבודתו של צוות כזה עשויה לחסוך כשנה מפרק הזמן שנדרש להגשת הקובלנה. על המשרד לבחון את האיוון הרצוי בין זכויות החולה לקבל מידע ובין הצורך בשיתוף הפעולה של רופאים בוועדות הבדיקה ולשקול אם יש מקום לערוך שינוי חקיקתי בנושא חסיון ועדות הבדיקה, במסגרת סוגיית החיסיון שתוארה בפירוט לעיל.



לדעת משרד מבקר המדינה עקב חשיבות התפקיד המסתמך בין השאר על אמון הציבור בו, על משרד הבריאות ועל משרד המשפטים לשקול את אסדרת מעמדו של נציב התלונות בחקיקה או בנהלים תוך כדי קביעה ברורה של סמכויותיו ושל חובותיו. כמו כן מן הראוי לשקול את העברת האחריות לבדיקת מקרי הרשלנות למשרד המשפטים, כפי שהדבר נעשה כבר לגבי בדיקת שוטרים (מח"ש). כך יימנע מצב של חשש מניגוד עניינים מוסדי בטיפול המשרד בנושא הזה.

נוסף על כך נדרש משרד הבריאות לפעול לקיצור לוחות הזמנים לפעילות בדיקת מקרי הרשלנות הרפואית לכאורה, כולל פעילות ועדות הבדיקה והנציב, תוך כדי קביעה מראש של לוחות זמנים לכל הגורמים והקפדה כי יעמדו בהם. על המשרד לאפשר ייעול של הקצאת החברים לוועדות הבדיקה ולבחון את האפשרות לתגמולם. כמו כן על המשרד להשלים הכנת נוהל פנימי לקבלת החלטות במשרד באשר להגשת קובלנה.

סיכום

הצורך בהליך קבלת החלטות מעמיק וראוי

1. הגידול במספר התביעות המוגשות בגין רשלנות רפואית, הרחבת אחריות הרופאים על פי הפסיקה והעלייה של עלויות ביטוחי הרשלנות הרפואית - מכבידים על מוסדות הבריאות ועל קופות החולים ומצמצמים את המשאבים המוגבלים ממילא להספקת שירותי בריאות לתושבי המדינה. במהלך השנים עסקו כמה ועדות ציבוריות במגוון היבטים הנוגעים לתביעות בגין רשלנות רפואית, לרבות בחינת האפשרות להפחית את ההוצאה הציבורית על התביעות האלה. עם זאת לא זכה הנושא לדיון ציבורי יסודי ומעמיק, תוך כדי הסתכלות רחבה על כל הנושא ובהתבסס על נתונים עדכניים ומקיפים באשר לעלויות הרשלנות הרפואית בכלל מוסדות הבריאות. על המאסדרים, דהיינו משרד הבריאות ומשרד האוצר וכן משרד המשפטים, על המוסדות הרפואיים ועל הר"י לבחון את המשמעויות הכלכליות של הפתרונות שהציעו הוועדות השונות, תוך כדי לימוד הפתרונות שיושמו במדינות אחרות והתאמתם למערכת הבריאות בארץ.

2. מן הראוי כי משרד האוצר ומשרד הבריאות ירכזו את הנתונים לגבי עלויות התביעות בגין הרשלנות הרפואית ויגבשו את אומדן עלויות הרשלנות הרפואית הכוללת במדינה כבסיס לתהליך קבלת החלטות ראוי.

התחרות בתחום ביטוחי רשלנות הרפואית

על הרשות להגבילים עסקיים בסיוע משרד הבריאות לשקול בחינת שוק ביטוחי הרשלנות המקצועית, כדי לקבוע אם קיים מונופול בנושא ואת ההשלכות הנובעות מכך.

חובת ביטוח

נוכח החשש שמוסדות רפואיים לא יבטחו עצמם באופן מספק בביטוח מסחרי או בביטוח עצמי, עקב החשש מתביעות אישיות נגד רופאים או נגד עיזבונם ולנוכח המלצות הוועדות בנושא, על משרדי האוצר והבריאות לשקול אם יש מקום לקבוע בחקיקה חובת ביטוח על המוסדות הרפואיים (ביטוח מסחרי או ביטוח עצמי), ובייחוד על תחומים כגון מרפאות אסתטיקה ולייזר, שיש בהן סיכונים מוגברים לתביעות. על הממונה על הביטוח לשקול מינוי מומחה בעל ידע בתחום לטיפול בנושא.

לנוכח האינטרס הציבורי לעמידותם הכלכלית של מוסדות הרפואה בארץ, על משרד הבריאות, על פי החלטת המנכ"ל מסוף 2011, ליצור מתווה הכולל הנחיות לבתי החולים הציבוריים והפרטיים ולקופות החולים, שיגדיר את הדרך להקמת קרן לביטוח עצמי לרשלנות רפואית, יקבע כללים לביטוח עצמי של מוסדות אלו ואת שיטת הפיקוח המתאימה עליהם.

ביטוחי פרקטיקה פרטית

מאחר שחלק מבתי החולים הפרטיים סומכים על הפוליסות לביטוח פרקטיקה פרטית של הרופאים וכך מוסדות הבריאות הממשלתיים נושאים לעתים בעלויות הביטוח של פעולות רפואיות המתבצעות במוסדות הפרטיים, על המשרד לבחון מחדש את נושא ביטוחי הפרקטיקה הפרטית ולשקול מחדש את מימון עלותם.

על הקופות לבחון את ההגדרה "פרקטיקה פרטית" אגב קביעת מבחנים לצורת ההתקשרות שתִזכה את רופאיה בביטוח זה; על הקופות לשקול לקבוע שיעור משרה מינימלי שִיזכה רופאים במימון הפרמיה.

מאחר שחלף זמן רב מאז שנחתם ההסכם הקיבוצי שקבע כי המוסדות הרפואיים המעסיקים יממנו את עלות ביטוחי הפרקטיקה הפרטית, ולנוכח השינויים שחלו מאז, על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לבחון את נושא הסכסוד הצולב של רופאים העוסקים בפרקטיקה פרטית על כל היבטיהם, ובשיתוף כל הצדדים להסכם, ולשקול אם יש מקום לבחון מחדש את שיטת מימון הביטוח ולבחון חלופות בהתאם לכך.

יש למנוע מצב שבו מוסדות רפואיים פרטיים אינם מבטחים את עבודת הרופאים המנתחים בתחומם ומסתמכים על פוליסת הפרקטיקה הפרטית הכוללת לפעמים החרגות, המותירות את הרופאים ללא כיסוי ביטוחי, ויש להסדיר את הכיסוי הביטוחי לעבודת אותם רופאים.

יש לבחון את התופעה של כפל ביטוח על ידי כמה מוסדות רפואיים ותשלום חלקם של הרופאים בפרמיה בכפל, פי שלושה או פי ארבעה, מצב המטיל נטל כספי מיותר על ציבור הרופאים, ויש לפעול למניעת תופעה זו.

מחלקות ניהול סיכונים

על המשרד לקדם את התהליך שהחל לגיבוש סטנדרד למחלקות ניהול סיכונים בכלל המוסדות הרפואיים ולתקצובן בבתי החולים הממשלתיים ולפקח על יישום החוזר שהוציא בנושא יחידות לניהול סיכונים בקופות.

סקרי ניהול סיכונים

על המשרד לכלול בתקנוני הקופות גם את חובתן לבצע סקרי ניהול סיכונים, נוסף על הסכמי הייצוב; על המשרד להחליט איזה סוג של סקר ניהול סיכונים תידרש הקופה לבצע, לבחון דיון בסקר ובמשמעויותיו ויישומן לתכנית עבודה שנתית; על מבצעי סקר ניהול הסיכונים להציג תמצית מנהלים ביצועית תוך כדי מתן הנחיות לדרכי פעולה לגבי הסיכונים שהסתברות להתרחשותם גבוהה ושהנזק שייגרם בעקבותיהם חמור גם הוא; על המשרד לשקול להורות על ביצוע סקרי ניהול סיכונים גם לבתי חולים בדומה לקופות החולים.

דיווח על אירועים חריגים והסקת מסקנות מערכתיות

על המשרד והר"י לקדם את ההליך שבו החלו לבחון מחדש את סוגי האירועים החריגים המחויבים בדיווח למשרד על פי תקנות הודעה על פטירות ואירועים. זאת על מנת לתקן את המצב שבו מידע על אירועים חריגים שנמצא בידי מוסדות או בידי המבטחים אינו מגיע לידיעת המשרד, ועקב כך נבצר מהמשרד להפיק לקחים מהתרחשותם.

מאחר שאין העברה שיטתית של מסקנות ושל המלצות בנושאי בטיחות מענבל ומהמבטחים המסחריים למשרד ושל נהלים שמוציא מוסד רפואי בעקבות אירועים חריגים שהתרחשו בין בתי חולים והמשרד, על המשרד לבחון כיצד ניתן לשפר את שיתוף הפעולה בין המוסדות הרפואיים לצורך הפקת לקחים ומניעת הישנותם. על המשרד לשקול להשתמש בפורום לבטיחות הטיפול כמסגרת לשיתוף פעולה בתחומי ניהול הסיכונים.

על המשרד לבחון שיתוף כלל המוסדות בתשתיות הקיימות להדרכה ולתרגול של תרחישים רפואיים כדי לייעל ולשפר את מודעות הצוותים הרפואיים בכל הארץ לבטיחות רפואית.

על המשרד להגדיר אילו אירועים מחייבים ביצוע תחקיר במוסד הרפואי על אודות אירועים חריגים, מי מוסמך לבצעו וכדומה. כדי לטייב את המידע הנאסף על אודות האירוע החריג שמורה חשיבות רבה לפתח מיומנות של צוותים במוסדות הרפואיים לביצוע תחקירים מיד לאחר קרות האירוע.

על המשרד לאסוף מידע על אירועים חריגים שהתרחשו וגרמו לנזקים בבתי חולים ציבוריים ופרטיים ובקופות, אשר אינם מובאים לידיעת המשרד; על המוסדות להקפיד כי הסכמי הפשרה בסכומים ניכרים, הכוללים סעיפי סודיות למניעת פרסום האירוע, אינם מונעים דיווח על האירוע החריג למשרד.

על המשרד בשיתוף בתי החולים, הקופות והר"י לקדם הקמת מאגר דיווחים שיאפשר לדווח על אירועים חריגים ועל אירועי "כמעט שנפגע", לנתחם ולהפיץ לקחים ארציים ללא חשש מחשיפת המעורבים ומענישתם.

מסירת מידע מלא לחולה הנפגע

למרות העניין שיש למוסד שלא לחשוף פרטים על כשלים בטיפול הרפואי שעלולים לחייבו בעתיד כתביעה אזרחית, יש לוודא כי תישמר זכותו של החולה לקבל פרטים מלאים על אירועים חריגים שאירעו במהלך הטיפול שבוצע בו.

הקמת ועדות בדיקה

אי-הבהירות באשר לאירועים החריגים שבגינם יש להקים ועדת בדיקה ולגבי הנושאים שבהם יש לדון במסגרת ועדת בקרה ואיכות מצריכה אסדרת הנושא על ידי המשרד.

יש לפעול בנחרצות לחידוש הבדיקה העצמית הראויה במערכת הבריאות ללא חיפוש אשמים אלא לצורך איתור מקור הבעיות, ובמידת הצורך יש ליזום שינויי חקיקה שיאפשרו זאת.

על המשרד לקבוע בהתאם להמלצות ועדת שפניץ באילו מקרים מחויבים מנכ"ל המשרד, המוסד הרפואי או קופת החולים להקים ועדות בדיקה על פי סעיף 21 לחוק זכויות החולה.

בטיחות בטיפול הרפואי

על המשרד להדגיש את קידום הבטיחות בטיפול הרפואי (תחום המניעה) במסגרת הקמת המערך הארצי לניהול סיכונים, בצד העיסוק בניהול סיכונים משפטיים והפקת לקחים ארצית. כדוגמה, שיפור טפסים וגיליונות רפואיים והפיכתם לידידותיים למשתמש במטרה לשפר את רמת התייעוד הרפואי ואת התקשורת בין רופאים, אחיות וחולים. חובתו של משרד הבריאות בתפקידו כמאסדר, לגבש מדיניות ממלכתית בתחום בטיחות הטיפול וכן לקדם פעילות בתחום ניהול הסיכונים במוסדות הבריאות ולפקח עליה. בכובעו כבעלים של בתי חולים חובתו של המשרד להפעיל יחידת ניהול סיכונים שתרכז את תחום ניהול הסיכונים במוסדות ותפקח עליו.

על המוסדות להשכלה גבוהה לבחון עם המשרד ועם המועצה המדעית של הר"י את תכניות הלימודים הקיימות בעולם בנושא בטיחות ברפואה ולשקול ליישמן בתכניות הלימודים במוסדות האקדמיים בארץ.

הטיפול המשמעותי במשרד הבריאות: נציב תלונות הציבור והליכי הקובלנה המשמעותית

על המשרד לקדם את אסדרת מעמדו של נציב התלונות בחקיקה או בנהלים תוך כדי קביעת סמכויותיו וחובותיו כדי להעניק לו כלים לפעול באופן עצמאי ללא שיקולים זרים; לשקול את הגדרת סמכויות הנציב לזימון עדים או מומחים; לקבוע תקציב ייעודי לפעילות הנציב לרבות תשלום למומחים רפואיים; לקבוע זכות ערעור על החלטת הנציב בדבר הקמת ועדת בדיקה או הגשת קובלנה; לנוכח העלייה בעשור האחרון במודעות הציבור לרשלנות רפואית, לנוכח הגידול במספר התביעות ועל מנת לשמור על אמון הציבור בגורמי החקירה והדיון המשמעותי הנוגעים למקרים של רשלנות רפואית לכאורה - על משרדי הבריאות והמשפטים לחזור ולבחון את האפשרות להעביר למשרד המשפטים את כלל פעילות נציב התלונות, ועדות הבדיקה וכן את הדיון המשמעותי ולחלופין להעביר לו רק את פעילות נציב התלונות וועדות הבדיקה.

על המשרד להשלים את כתיבת הנוהל שבהכנתו החל, הכולל את השיקולים בהחלטה להגיש קובלנה ואת אופן ההתייעצות במשרד לפני שתוכרע סוגיית הגשת הקובלנה. כן ראוי לשקול קביעת קריטריונים באשר למנגנון ההיוועצות של מקבלי החלטות במשרד עם נציב התלונות ועם חברי ועדת הבדיקה תוך הקפדה על שקיפות ההליך.

על המשרד לשקול קביעת לוחות זמנים לכל אחד מהשלבנים של הטיפול בתלונה, לרבות שלבי מתן החלטות ומסקנות של ועדת הבדיקה והנציב. על המשרד לבחון הקמת צוות קבוע של רופאים במגוון מקצועות, שעשוי לחסוך את שלב איתור הרופאים, לייעל את ישיבות ועדות הבדיקה ולקצר את משכן.

כל האמור לעיל מעלה סוגיות מערכתיות-כלכליות-רפואיות שיש בהן לעצב לטוב או לרע את פני הרפואה, להקצות משאבים לטובת הרפואה במקום לבזבזם על הוצאות התדיינות משפטית ולהפחית את תופעת הרפואה המתגוננת על השפעותיה הכלכליות והרפואיות. על המאסדרים - משרד הבריאות, משרד האוצר ומשרד המשפטים - לדון לעומק במכלול הנושאים המועלים בדוח ביקורת זה. ללא טיפול מערכתי וממצה בנושא תימשך מגמת הגידול בהוצאות על חשבון מתן שירותים רפואיים.