

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

משרד הבריאות

הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים ביקורת מעקב





הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים - ביקורת מעקב

רקע

ניתוחים הם פעילות ליבה של בתי החולים, וחדרי הניתוח הם צומת מרכזי וחיוני ביותר בכל מרכז רפואי. האופן שבו מופעלים חדרי הניתוח בבתי החולים הכלליים מביא להיווצרות "צווארי בקבוק" הגורמים להתארכות התורים לניתוחים. חדרי הניתוח (להלן גם - עמדות ניתוח) על צוותיהם הם משאב תשתיתי יקר ערך, שזמינותו ומוכנותו משפיעות על חיי אדם ואיכותם, לכן יש חשיבות רבה לניהולם הנכון ולניצולת אופטימלית שלהם. ניהול לא יעיל יביא לעיכוב של ניתוחים, לדחייתם ואף לביטולם. תוצאת הדבר היא התארכות התורים לניתוחים, הוצאות מיותרות וניצול לא יעיל של משאבי המדינה - משאבים כלכליים, משאבי כוח אדם והתשתיות עצמן - ופגיעה בשירותים שמספקת מערכת הבריאות הציבורית. בסוף 2019 היו 458 עמדות ניתוח בכל בתי"ח בישראל, תוספת של 25 עמדות מ-2017, מועד פרסום דוח מבקר המדינה הקודם¹.

1 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 67ב (2017), בפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים", עמ' 316.



נתוני מפתח

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

פעולות הביקורת

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

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



תמונת המצב העולה מן הביקורת



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



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



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



ניצולת חדרי ניתוח בשעות אחר הצהריים והערב: בדוח הקודם עלה כי בתי"ח הממשלתיים ובתי"ח של הכללית הגדולים, המונים יותר מ-600 מיטות, מפעילים אחר הצהריים חדרי ניתוח רבים (במסגרות למיניהן כמפורט להלן), ואילו בתי"ח הקטנים מפעילים רק מעט מהם. בביקורת המעקב עלה כי בבתי"ח הממשלתיים הקטנים פועלים בשעות אלו רק 17% - 50% מחדרי הניתוח. למשל בנהרייה מפעילים אחר-הצהריים בין שניים לשלושה חדרי ניתוח מתוך שנים עשר חדרים; בברזילי באשקלון - שלושה מתוך עשרה חדרי ניתוח, בבני ציון שלושה חדרים מתוך שישה, ובפוריה בטבריה שניים מתוך



שבעה חדרי ניתוח. בבתי"ח של הכללית עיקר הפעילות בשעות אחר הצהריים היא דחופה, וחדרי הניתוח כמעט אינם מופעלים בהם.

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

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

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

מערך כוח אדם בחדרי ניתוח: בדוח הקודם עלה כי בשנת 2010 שיעור הרופאים המרדימים היה 0.078 ל-1,000 נפש. ב-2011 נקבע להקצות 27.5 תקנים של רופאים מרדימים לבתי"ח, אך משרדי הבריאות והאוצר לא הקצו תוספת זו. תקינת המרדימים נקבעה על בסיס מפתח תקינה שחדל להיות רלוונטי עם השנים; תקינת אחיות חדר ניתוח מיושנת וכוללת מגוון מקצועות סיעוד; קיים מחסור בסניטרים. בביקורת המעקב עלה כי מאז ההסכם משנת 1996¹ ועד אמצע שנת 2020, תקינת אחיות חדר הניתוח בישראל לא עודכנה. כמו כן עלה ששיעור הרופאים המרדימים בישראל נמוך ממדינות רבות אחרות בעולם הנחשבות למדינות מפותחות. יצוין כי בעקבות משבר הקורונה, במרץ וביוני 2020

1 הסכם קיבוצי מיוחד שנחתם ב-22.9.96 אשר חל על מוסדות הכלולים בהסכמי השכר, קרי: הממשלה, שירותי בריאות כללית, ההסתדרות המדיצינית הדסה.



סיכמו משרדי הבריאות והאוצר על תוספת של 600 רופאים ושל 1,550 אחיות לבתיה"ח, ואולם התוספת אינה מיועדת לחדרי הניתוח.



פיתוח מערכת ממוחשבת חדשה לבתיה"ח הממשלתיים והמערכות שבשימוש:

בדוח הקודם עלה כי כדי לנהל את מערך המדידה ולהפיק דוחות מנהלים פיתח המשרד מערכת ממוחשבת ייעודית (מודול BW)². נמצא כי חלק מהתוצרים שהמודול הציג היו שגויים. למשרד לא הייתה גישה לבסיס הנתונים שעליו התבסס המודול והוא לא ביצע בקרה על הנתונים שבתיה"ח הממשלתיים מסרו לו. בכך נפגעה יכולתו לשמש גורם בקרה שבכוחו לנקוט צעדים לשיפור ולהתייעלות. בביקורת המעקב עלה כי המשרד הטמיע ב-2017 מערכת BI חדשה המאפשרת קבלה ועיבוד נתונים מבתיה"ח הממשלתיים בלבד. עם זאת, המשרד אינו עוקב אחר כל המדדים הקיימים במערכת לגבי בתיה"ח אלו ואינו מנתח אותם.

רשימת ממתנינים המיועדים לניתוח במקום ניתוח שהתבטל (Stand by):

הכללית לאחר פרסום הדוח הקודם היא ציינה כי בין יתר פעולותיה להתמודדות עם ביטולי ניתוחים היא הגדירה רשימת ממתנינים שתהיה בכוננות לביצוע ניתוח בהתראה קצרה - "Stand by". בביקורת המעקב עלה כי רוב בתיה"ח שלה אכן עושים שימוש בכלי זה.

התוכנית לקיצור תורים: בדוח הקודם עלה כי משרד הבריאות ומשרד האוצר סיכמו שיש

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

תוכנית אב לאומית של משרד הבריאות לפיתוח ולהצטיידות של חדרי ניתוח: בדוח

הקודם עלה כי אין למשרד הבריאות תוכנית אב רב-שנתית לאומית לפיתוח והצטיידות והוא לא ביצע עבודת מטה שתכליתה לקבוע תוכנית אסטרטגית לאומית להערכת הצרכים העתידיים הנדרשים. בביקורת המעקב עלה שחטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים³ התחילה בהכנת תוכניות אב לפיתוח עתידי של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, עד שנת 2035, וכי מרכזים רפואיים ממשלתיים אחדים סיימו או נמצאים בשלבים מתקדמים של הכנת תוכניות אב. כמו כן עלה כי בשלוש השנים האחרונות קודמו פרויקטים לבניית חדרי ניתוח. הכללית הכינה תוכנית אב לכול בתיה"ח שלה, אך לא בכל התכניות נכללה התייחסות לחדרי ניתוח.

2 BW - Business Information Warehouse: כלי המאפשר אחזור של מידע לצורך בקרה על תהליכים והמאפשר תמיכה בקבלת החלטות. הכלי מתבסס על הנתונים שבמערכות התפעוליות של הארגון ומציג אותם באופן ויזואלי, למשל באמצעות גרפים, שעונים ומחזורים.

3 החטיבה אחראית לכלל בתי החולים הממשלתיים - כלליים, פסיכיאטריים וגריאטריים - והוקמה מכוח החלטת הממשלה 337 מאוגוסט 2015.



עיקרי המלצות הביקורת

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

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

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

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

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

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

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



מידת תיקון עיקרי הליקויים מהדוח הקודם

מידת תיקון הליקוי כפי שעולה בביקורת המעקב				הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים	
לא תוקן	תוקן במידה מועטה או חלקית	תוקן במידה רבה	תוקן באופן מלא	הליקוי/ההמלצה בדוח הביקורת הקודם	פרק הביקורת
				למשרד הבריאות לא היה מידע מלא ואמין על הניצולת והתפוקות של חדרי הניתוח, והדבר פגע ביכולתו למלא את תפקידו כגורם המפקח. אמירתו המרכזית של המשרד בתשובתו לדוח הקודם הייתה שהוא יקים ועדה רב-תחומית שתמפה את ניהול התהליכים והתפעול של חדרי הניתוח, תגבש נהלים וסטנדרטים ותקבע תורת הפעלה סדורה.	משרד הבריאות כגוף עוקב ומפקח
				מידת היעילות בוולפסון, בנהרייה ובבילינסון של הקצאת חדרי הניתוח למחלקות, התכנון בפועל של הניתוחים וניטור הביצוע של הניתוחים לעומת התכנון, לקו בחסר - הן בשל היעדר מערכת תומכת תהליך (בחלק מבתי"ח הפעולות האמורות מתבצעות באופן ידני), והן בשל היעדר מדיניות של משרד הבריאות לאופן ההקצאה, לתכנון ולניצולת חדרי הניתוח הרצויה.	מיצוי של חדרי הניתוח בבתי"ח הממשלתיים ושל הכללית (תכנון, הקצאה, שיבוץ וביצוע)



הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים					פרק הביקורת	הליקוי/ההמלצה בדוח הביקורת הקודם
מידת תיקון הליקוי כפי שעולה בביקורת המעקב						
לא תוקן	תוקן במידה מועטה או חלקית	תוקן במידה רבה	תוקן באופן מלא			
				המשרד	ביטול או דחייה של ניתוחים באופן בלתי צפוי	המשרד לא הגדיר מדד ייעודי לשיעור הניתוחים המבוטלים והנדחים, והוא גם אינו מחייב את בתי החולים לתעד אירועים כאלו; לכן לא היה למשרד מידע על היקף התופעה והוא לא ניתח אותה. גם לכללית לא היה מדד לביטולי ניתוחים.
				הכללית		
					ניצולת חדרי ניתוח בשעות אחר הצהריים והערב	בתי"ח הקטנים הפעילו רק מעט מחדרי הניתוח בשעות אחה"צ.
					שליבים שלאחר הניתוח - התאוששות	ברוב בתי"ח היחס בין מיטות ניתוח למיטות התאוששות היה נמוך בהרבה מהסטנדרט האמריקני והאירופי שאותו ישראל אימצה - יחס של 1.5 עד 2 עמדות התאוששות.
					תורים לניתוחים	המשרד לא קבע תורה סדורה שעל פיה ינהלו בתי"ח את תהליך קביעת התור לניתוח; זמני ההמתנה בבתי"ח לא היו בני השוואה ולא היה ניתן לשקף מידע זה לציבור.
					ממתינים יותר משנה בבתי"ח של הכללית	הכללית קבעה יעד של עד 30% למדד של "ממתינים ללא תור" - כלומר מטופלים הממתינים לניתוח יותר משנה - אולם השיעור בבתי"ח שלה היה גבוה מזה.



הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים				
מידת תיקון הליקוי כפי שעולה בביקורת המעקב				
לא תוקן	תוקן במידה רבה	תוקן במידה מועטה או חלקית	תוקן באופן מלא	פרק הביקורת
				מערך כוח אדם בחדרי ניתוח
				תקינת המרדימים נקבעה על בסיס מפתח תקינה שחדל להיות רלוונטי עם השנים; תקינת אחיות חדר הניתוח מיושנת וכללה מגוון מקצועות סיעוד; היה מחסור בסניטרים.
				פיתוח מערכת ממוחשבת חדשה לבתיה"ח הממשלתיים והמערכות שבשימוש
				כדי לנהל את מערך המדידה ולהפיק דוחות מנהלים פיתח המשרד מערכת ממוחשבת ייעודית (מודל BW). נמצא כי חלק מהתוצרים שהמודול הציג היו שגויים. למשרד לא הייתה גישה לבסיס הנתונים שעליו התבסס המודול והוא לא ביצע בקרה על הנתונים שבתיה"ח הממשלתיים מסרו לו. בכך נפגעה יכולתו לשמש גורם בקרה שבכוחו לנקוט צעדים לשיפור ולהתייעלות.
				תוכנית אב לאומית של משרד הבריאות לפיתוח ולהצטיידות של חדרי ניתוח
				לא הייתה למשרד הבריאות תוכנית אב לאומית רב-שנתית לפיתוח והצטיידות, והוא לא ביצע עבודת מטה שתכליתה לקבוע תוכנית אסטרטגית להערכת הצרכים העתידיים הנדרשים.

חדר ניתוח בבית החולים וולפסון



סיכום

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

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