



מבקר המדינה

זמני המתנה לקבלת שירותי רפואת מומחים

דוח מיוחד

חשוון התשפ"ה | נובמבר 2024



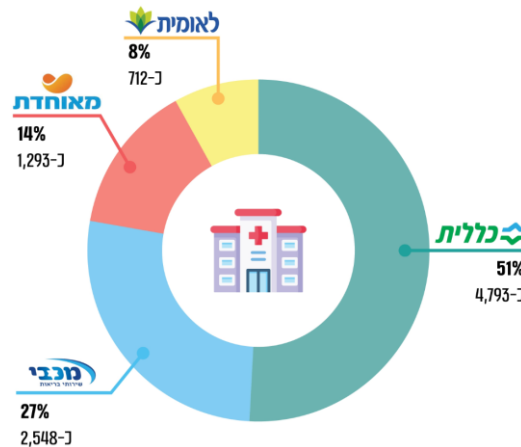
זמני המתנה לקבלת שירותי רפואת מומחים - דוח מיוחד

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות או החוק), קובע כי ביטוח הבריאות הממלכתי מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. החוק מעגן את זכותו של כל תושב לקבל סל שירותי בריאות המתעדכן מפעם לפעם, וכולל אגד שירותים רפואיים מקיף, אוניברסלי, שווה ושוויוני במימון המדינה, באמצעות אחת מארבע קופות החולים (להלן - הקופות), לפי בחירתו: שירותי בריאות כללית (להלן - כללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית).

משרד הבריאות אמון בין היתר על קביעת מדיניות הבריאות, על הפיקוח והבקרה בתחום מדיניות הבריאות ועל אספקת שירותים רפואיים בתחומים מסוימים שניתנים, בין היתר, באמצעות ארבע הקופות שהגדולה מהם היא הכללית. להלן בתרשים פילוח המבוטחים בארבע קופות החולים בשנת 2022.

תרשים 1: פילוח המבוטחים בקופות החולים בשנת 2022 (באלפים ובאחוזים)



על פי נתוני ביטוח לאומי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

על פי החוק, שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות הקופות¹. מקורו של תקציב הקופות לצורך מתן שירותי הבריאות על פי החוק הוא תשלומי דמי ביטוח בריאות הנגבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי, שמעביר את דמי הביטוח לקופות על פי נוסחת הקפיטציה², וכן מקורות תקציביים נוספים ובהם תקציב המדינה. המקורות הציבוריים הם המספקים את מרבית המימון של הקופות. סך הכנסות קופות החולים מרפואה בקהילה³ היה בשנת 2022 כ-69 מיליארד ש"ח: כ-53% (36.4 מיליארד ש"ח) לכללית, כ-27% (18.8 מיליארד ש"ח) למכבי, כ-12% (8.3 מיליארד ש"ח) למאוחדת וכ-8% (5.4 מיליארד ש"ח) ללאומית, להלן בתרשים הפירוט:

1 חוק ביטוח בריאות.

2 נוסחה המשמשת את המוסד לביטוח לאומי לקביעת אופן הקצאת המקורות הכספיים לקופות החולים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתאם לנוסחה מחולקים מידי שנה המקורות לקופות החולים לפי מספר הנפשות בכל קופה המשוקלל לפי גיל, אזור מגורים (האם נמצא בפריפריה) ומגדר.

3 נתוני ההכנסות של מגזר רפואת הקהילה משקפים את שירותי הבריאות המוענקים למבוטחים במסגרת סל השירותים הבסיסי על פי חוק. מגזר הקהילה אינו כולל שירותי בריאות נוספים (שב"ן), את בתי החולים של כללית, את המרפאות לרפואת שיניים של הקופות, מעונות, בתי אבות ומוסדות סיעודיים, בתי הבראה והחלמה של הקופות ומגזרים אחרים. להרחבה ראו דוח מסכם של פעילות קופות החולים שנת 2022, משרד הבריאות [קישור].



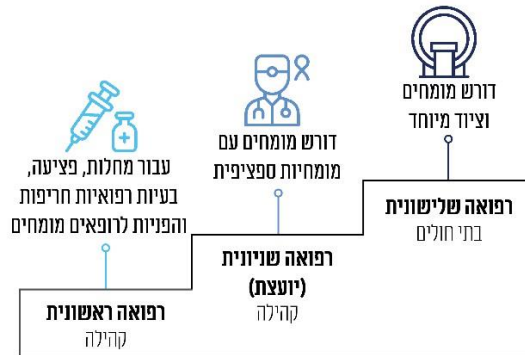
תרשים 2: הכנסות קופות החולים במגזר הרפואה בקהילה, 2022 (במיליארדי ש"ח)



המקור: דוח מסכם של פעילות קופות החולים בשנת 2022, משרד הבריאות.

ניתן להבחין בין רמות שונות של טיפול רפואי שמבוטח יכול לקבל במערכת הבריאות בישראל. העיקריות שבהן הן רפואה ראשונית, רפואה שניונית ורפואה שלישונית. רפואה ראשונית ניתנת על ידי קופות החולים בקהילה בפריסה רחבה, בעיקר על ידי רופאי משפחה ורופאי ילדים. למערך זה תרומה משמעותית ליכולת לקבל טיפול טוב, המשכי ומתוך ראייה כוללת, הן בבעיות בריאותיות ורפואיות נפוצות והן במצבים כרוניים. רפואה שניונית (להלן - רפואה יועצת או רפואת מומחים) ניתנת הן על ידי קופות החולים בקהילה, והן בבתי החולים בידי רופאים מומחים כגון רופא אף, אוזן וגרון, רופא עור או אורתופד, ותפקידה לתת מענה לבעיות מורכבות וספציפיות⁴. רפואה שלישונית ניתנת בבתי החולים על ידי רופא מומחה שעבר התמחות ייעודית נוספת. שלוש רמות הרפואה משולבות זו בזו וניזונות זו מזו, הן בהיבט של המטופלים העוברים בין רמות הרפואה והן בהיבט של משאבי כוח האדם ובהם הרופאים המומחים. תפקוד לקוי של אחת רמות הרפואה יפגע בתפקוד של הרמות האחרות. להלן בתרשים מוצגות שלוש רמות הרפואה בישראל על פי המסגרת הטיפולית העיקרית.

תרשים 3: שלוש רמות הרפואה בישראל, על פי המסגרת הטיפולית העיקרית



הוכן בידי משרד מבקר המדינה.

הצלחתה של הרפואה היועצת הניתנת על ידי קופות החולים למבוטחיהן בקהילה חיונית לקיומה של מערכת בריאות איכותית המצליחה לקדם את בריאות האוכלוסייה ולהשתמש ביעילות במשאבים העומדים לרשותה⁵. הרפואה היועצת ניתנת על ידי רופאים מומחים שסיימו את לימודי הרפואה והתמחו בתחום רפואי מסוים. הלימודים וההכשרה של רופא מומחה מורכבים משלושה שלבים עיקריים: לימודים, הכשרה (סטז') והתמחות. תקופת הלימודים וההכשרה נמשכת בין תשע ל-11 שנים לפחות, ובהתמחויות מסוימות אף עשויה להימשך כ-18 שנה. להלן בתרשים משך לימודי הרפואה בישראל בתוכנית השש-שנתית והגופים האחראיים להכשרה - האקדמיה, משרד הבריאות, בתי החולים וההסתדרות הרפואית בישראל⁶.

4 כנס ים המלח ה-21 ע"ש פרופ' גור עופר, בתי חולים/קהילה: אתגרי הזירה המשתנה, דצמבר 2022.

5 הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, דין וחשבון, 2014.

6 דוח מבקר המדינה - מאי 2024, "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - ביקורת מעקב".



תרשים 4: לימודי הרפואה בישראל בתוכנית השש-שנתית והגופים האחראיים להכשרה

מספר שנות הלימוד	תחום הלימוד	מקום הלימוד	אחריות	תעודת סיום
לימודים 3 שנים ראשונות	לימודים קדם קליניים (פרה-קליניים)	בעיקר באוניברסיטה	אקדמיה	תואר ראשון במדעי הרפואה
	לימודים קליניים	בעיקר בבתי החולים	אקדמיה	הרשאה לשנת סטז'
סטז' 1 שנה שביעית	סטז'*	בבתי החולים ובתי החולים שבהם מתקיים סטז'	משרד הבריאות	רישיון לעסוק ברפואה ותואר דוקטור**
התמחות 7-4 שנים נוספות	התמחות	בבתי החולים	הר"י	רופא מומחה
	התמחות-על***	בבתי החולים	הר"י	"מומחיות על"

המקור: מבקר המדינה, הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - ביקורת מעקב. * יצוין כי בנובמבר 2023 החליטה המל"ג לאמץ את ההמלצה להעניק את התואר דוקטור ברפואה (M.D.) עם סיום הדרישות האקדמיות, בתום הלימודים האקדמיים, ולא לכלול את שנת הסטז' בדרישות האקדמיות למתן התואר. ** למעט בוגרי חו"ל המגיעים לישראל בסיום לימודיהם עם תואר דוקטור לרפואה, ועושים שנת סטז' בישראל. *** לדוגמה לאחר התמחות ברפואת ילדים ניתן לעבור "התמחות-על" בפגים (נאונטולוגיה) במשך שלוש שנים נוספות.

רופאים מומחים המסיימים את התמחותם בבתי החולים יכולים לעבוד בבתי החולים, בקהילה (בקופות החולים) או כרופאים עצמאים וכן לשלב בין צורות העסקה אלו. לפיכך, קופות החולים ובתי החולים נדרשים לאותם משאבי כוח האדם - הרופאים המומחים.

משך ההמתנה לתור לבדיקת רופא ולשירותים רפואיים בקהילה מעיד על זמינות השירות הרפואי למבוטחים בקופות החולים. על מנת לאפשר זמינות מיטבית של הרפואה היועצת בקהילה לכל שכבות האוכלוסייה יש להבטיח, בין השאר, כמות מספקת של רופאים שיתנו מענה לצרכים של האוכלוסייה תוך התחשבות במגמות הדמוגרפיות החזויות, לנצל ביעילות את משאבי כוח האדם הרפואי בפרט באזורים בהם הזמינות אינה מיטבית ולנהל את הביקוש לשירותי רפואה יועצת.

פעולות הביקורת

בחודשים ינואר-דצמבר 2023 בדק משרד מבקר המדינה את זמני המתנה לקבלת שירותי רפואת מומחים⁷. הבדיקה כללה בין היתר מיפוי וניתוח של זמן ההמתנה לתור מזימון התור ועד למימושו (בימים)⁸, בחינה של הפריסה הגיאוגרפית של הרופאים המומחים בקהילה, אופן מימוש התורים ומקרי אי-ההופעה לתורים. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות ובקופות החולים. בדיקת השלמה נעשתה במשרד האוצר.

⁷ הדוח מתייחס לתורים ברפואה הציבורית בקהילה (קופות החולים) ואינו כולל התייחסות לתורים מקוצרים למומחים באמצעות שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) של קופות החולים, תורים למומחים בבתי חולים וכן תורים מקוצרים למומחים במסגרת ביטוחים פרטיים.

⁸ משך זמן ההמתנה מחושב בימים קלנדרים (לא רק ימי עבודה).



כבכל דוח ביקורת של משרד מבקר המדינה, גם דוח זה בוצע באמצעות כלי ביקורת מקובלים ובהתבסס על מידע ומסמכים שנאספו מכל המקורות הרלוונטיים לנושא המבוקר. נוסף על כך, במסגרת הביקורת נעשה שימוש בכלי ביקורת כמותיים ואיכותניים שהשלימו את נקודת המבט על הנושא המבוקר:

1. ניתוח נתוני עתק: במסגרת הביקורת, אסף צוות הביקורת נתוני עתק של כלל התורים לרופאים מומחים ברפואה הציבורית מארבע קופות החולים בשנים 2019 ו-2022 (סה"כ כ-57.3 מיליון רשומות), וניתח אותם בכלים כמותיים כמו רגרסיות ליניאריות (מתודולוגיה מקובלת לאמידת הקשר הסטטיסטי בין משתנים מסבירים לתופעה). כמו כן, חלק מהנתונים הוצלבו עם נתוני המוסד לביטוח לאומי הכוללים מידע סוציו-אקונומי על אודות מקבלי השירות בתחום הרפואה היועצת. באמצעות רגרסיות ליניאריות נמצאו קשרים בין משתנים מסבירים למשתנים מוסברים, ופעולות משרד הבריאות וקופות החולים נבחנו נוכח קשרים אלו.

יצוין כי בשל שוני באופן ניהול הנתונים בקופות החולים, במקרים מסוימים לא ניתן היה לנתח את הנתונים עבור כלל הקופות⁹, ועל כן בחלק מהניתוחים שיוצגו להלן נותחו נתונים של חלק מקופות החולים. עם זאת, על אף הניתוח החלקי, ניתן להסיק ממנו מסקנות משמעותיות.

צוות הביקורת בחן את זמן המתנה לתור בפועל למגוון תחומים (להלן - מדידה רטרוספקטיבית). תוצאות המדידה הרטרוספקטיבית כוללות תורי מעקב, והן נותנות ביטוי להעדפות המטופלים לשעות טיפול מסוימות ולרופאים מסוימים. לעומת זאת, פעולות on-line של קופות החולים המהוות תחליף מסוים לתורים פנים אל פנים (פרונטליים) אינן מקבלות ביטוי במדידה. כמו כן, המדידה אינה כוללת רופאים עצמאים שאינם משתפים את היומנים שלהם עם קופות החולים. תחת כל המגבלות הללו, כמות התצפיות הגדולה מאפשרת תמונה כללית טובה על משכי זמן המתנה ועל המתאמים של משתנים דמוגרפיים עם אורכי התור.

2. שולחנות עגולים: הכלי האיכותני שנעשה בו שימוש הוא שולחנות עגולים (קבוצות מיקוד). במסגרת זו נערכו שני מפגשי שולחנות עגולים בהשתתפות 21 רופאים מומחים משתי קופות חולים (כללית ומכבי). המטרה הייתה ללמוד על האתגרים העומדים בפני רופאים מומחים מאזורים פריפריאליים.

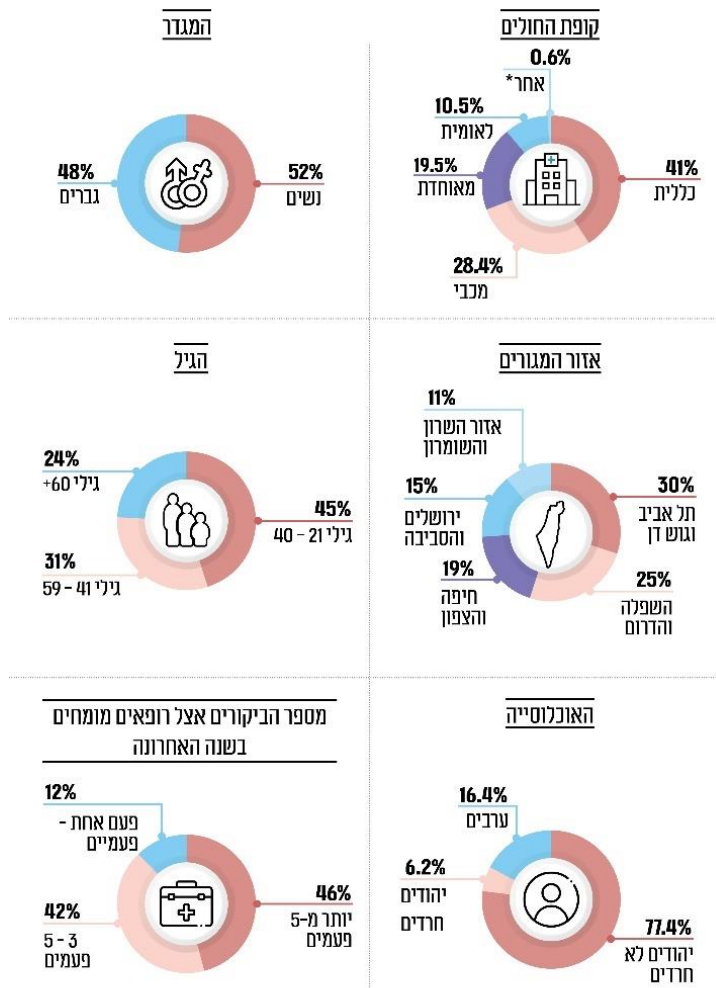
3. סקר אינטרנטי (להלן - הסקר): כלי איכותני נוסף שנעשה בו שימוש בביקורת זו הוא סקר אינטרנטי בקרב פאנל משיבים שנזקק או הופנה לרפואה יועצת. הסקר בוצע ביוני 2023 והשיבו עליו 708 מבוטחי הקופות בני 21 ומעלה, שפנו בשנה האחרונה לרפואה יועצת, מתוך מאגר דגימה אקראי של 954 מבוטחי קופות חולים (טעות הדגימה היא כ-3.8%/-)¹⁰. הסקר נערך ביוזמת משרד מבקר המדינה, אשר גיבש את השאלות ואת מאפייני המדגם, ובוצע באמצעות חברה חיצונית בשפה העברית. מטרת הסקר הייתה לקבל ממקור ראשון את עמדות הציבור בכל הנוגע לזמינות התורים לרופאים מומחים ולשביעות הרצון מהטיפול.

⁹ הנתונים שהתקבלו מקופת חולים מאוחדת לא אפשרו לבצע את חלק מהניתוחים באיכות הנדרשת להצגת הממצאים.

¹⁰ שיעור המענה על הסקר הוא 74% והנפל הוא 26%.



תרשים 5: פילוח המשיבים לסקר מבקר המדינה בקטגוריות שונות



על פי ממצאי הסקר האינטרנטי שנערך ביוני 2023 ביוזמת משרד מבקר המדינה.

מספר הרופאים בישראל - תמונת מצב

כאמור, תנאי הכרחי כדאי להבטיח שירות רפואי זמין לאזרחי מדינת ישראל בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא כמות מספקת של רופאים שיתנו מענה לצרכים של האוכלוסייה תוך התחשבות במגמות הדמוגרפיות החזויות. להלן פרטים על מצבת הרופאים בישראל והמחסור הצפוי ברופאים בשנים הקרובות.

מידע חלקי על מצבת הרופאים בישראל: תכנון שיטתי הוא אחד ממחויבויותיה של הממשלה ונועד לשפר את תפקידה. מדריך התכנון הממשלתי¹¹ קובע כי, הערכת המצב עצמה מסייעת לפתח הבנה של הנושאים שיש לטפל בהם, ובכלל זה תחומי פעילות הדורשים בחינה מחודשת של ההשקעה, על בסיס מידע ועובדות. פיתוח הערכת מצב מושתת על שני יסודות מרכזיים: זיהוי ואיסוף כלל המידע הכמותי והאיכותי הרלוונטי, וניתוח והבנה של המידע ומשמעותו.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות (להלן - המינהל) אחראי, בין היתר, לתכנון כוח האדם הרפואי. כלי מרכזי לתכנון כוח האדם הרפואי הוא מידע מעודכן ומדויק ככל שניתן על מספר הרופאים בישראל, על הרופאים עוסקים ברפואה, מגוריהם ועוד.

¹¹ מדריך התכנון הממשלתי, 2010, עמוד 28.



בביקורת עלה כי למינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי אין את הנתונים המדויקים אודות מצבת הרופאים בישראל, ועל כן פרסומים שונים של משרד הבריאות מתבססים על נתונים שונים ומציגים מצבת הרופאים שונה. כך, הנתונים על מצבת הרופאים בדוח בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות 2021" שפרסם אגף המידע במשרד הבריאות¹² (להלן - נתוני אגף המידע) מבוססים על נתוני הלמ"ס - סקר טלפוני של מדגם מאוכלוסייה וגזירה מתוך הסקר של מספר בעלי מקצועות בתחומים שונים (ראו להלן תרשים 7). בעוד שנתוני המינהל (להלן - נתוני המינהל) לצורך בניית תחזית מספר הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש (ראו להלן תרשים 8) מבוססים על הצלבה של קובץ רישיונות רופאים של משרד הבריאות עם נתוני הלמ"ס. ראו בתרשים שלהלן את תיאור הפער בין נתוני אגף המידע לנתוני מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

תרשים 6 : הפער בכמות רופאים ל-1,000 נפש בשנת 2021 בין נתוני אגף המידע לנתוני מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי



מהתרשים עולה כי לפי נתוני אגף המידע בשנת 2021 היו 3.9 רופאים ל-1,000 נפש, ולפי נתוני המינהל (לפני תיקון¹³) היו 3.21, פער של 0.69 רופאים ל-1,000 נפש (בחישוב לכלל אוכלוסיית ישראל מדובר בפער של מעל ל-6,000 רופאים).

לדברי מנהל תחום תכנון כוח אדם במינהל, נתוני תחזית מספר הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש מבוססים על שילוב של מידע מינהלי ונתונים סטטיסטיים. נתון זה מדויק יותר מהנתון של אגף המידע אך איננו עומד ברמת הדיוק המקובלת במדינות מפותחות. המינהל מתבסס על אומדנים כיוון שבשונה מהמקובל במדינות מפותחות, בישראל אין מעקב תקופתי על רופאים כך שלמשרד הבריאות אין מידע על אודות מצבו של הרופא, למשל האם הוא עדיין מתגורר בישראל ועוסק ברפואה. כמו כן ציין כי בישראל בשונה מהמקובל ברוב מדינות העולם אין תהליך של "רישוי מחדש"¹⁴ במקרים בהם רופא שהפסיק לעסוק ברפואה וחזר לעסוק בה.

נמצא כי על מנת לייצר תמונה מדויקת של מצבת הרופאים המועסקים בישראל צריך להצליב את קובץ הרישיונות עם נתונים בזמן אמת של רשות האוכלוסין וההגירה לצורך קיזוז הרופאים שאינם מתגוררים בישראל כדרך קבע, ועם קובץ רשות המסים לצורך קיזוז הרופאים שפרשו מעיסוק ברפואה. ואולם, בעקבות סוגיות משפטיות הנוגעות לנושא פרטיות המידע, המינהל מנוע מלבצע עיבוד מידע זה ולכן אין לו מידע מהימן לגבי מצבת הרופאים בישראל.

12 דוח משרד הבריאות: כוח אדם במקצועות הבריאות 2021 (09.01.2023).

13 הנתון אינו מתחשב בהזדקנות האוכלוסייה בתחזית.

14 רישוי מחדש - לקצוב בזמן את תוקף רישיון הרפואה, שיתחדש אם הרופא ממשיך לעסוק ברפואה.

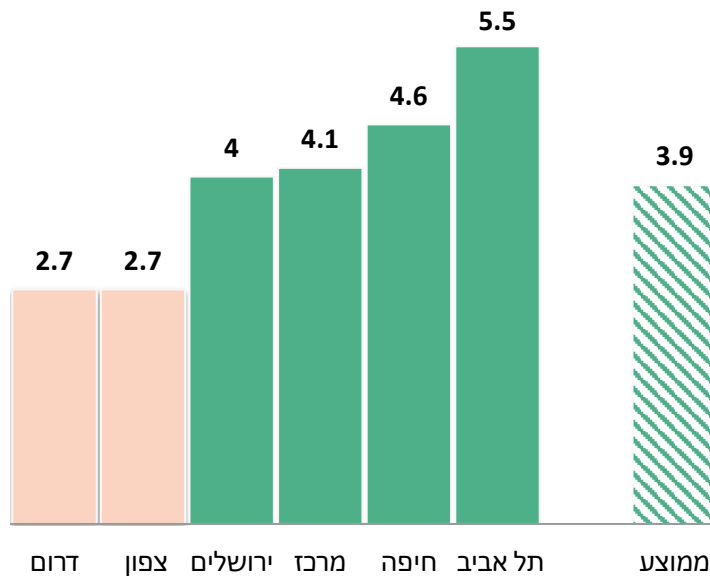


משרד הבריאות מסר בתשובתו מיולי 2024 (להלן - תשובת משרד הבריאות) כי הוא משקיע מאמצים לשיפור נתוני הרופאים ובכלל זה הקמת חדר מחקר שצפוי לשפר את היכולת לעבד את נתוני העוסקים בבריאות, וקידום "רישוי מחדש" של רופאים.

מומלץ כי משרד הבריאות בשיתוף כלל הגורמים הרלוונטיים ובהם רשות המיסים ורשות האוכלוסין וההגירה יפעלו לבניית מודל מתאים להעברת המידע. על בסיס מידע זה על משרד הבריאות לבצע מיפוי של מספר הרופאים הפעילים על פי התמחויות.

מצבת הרופאים בישראל: בתרשים שלהלן מוצג מספר הרופאים במחוזות השונים בישראל (בבתי חולים ובקהילה) ל-1,000 נפש בשנת 2021 (לפי נתוני אגף המידע).

תרשים 7: מספר רופאים ל-1,000 נפש, לפי מחוז, 2021



על פי כוח אדם במקצועות הבריאות 2021, משרד הבריאות (נתוני אגף המידע), בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי לפי נתוני אגף המידע, בשנת 2021 היה מספר הרופאים הממוצע ל-1,000 נפש בכלל המחוזות בישראל 3.9, אך היה שוני ניכר בין המחוזות: במחוז תל אביב היו כ-5.5 רופאים ל-1,000 נפש ובמחוזות הצפון והדרום היו רק 2.7 רופאים ל-1,000 נפש.

תחזית מספר הרופאים בישראל

משרד הבריאות פרסם בפברואר 2021 תחזית למספר הרופאים בישראל ל-1,000 נפש (מתבססת על נתוני אגף מינהל). להלן בתרשים תחזית מספר הרופאים ביחס לאוכלוסייה בישראל עד לשנת 2035 והשוואתה לממוצע ב-OECD¹⁵. התחזית שבתרשים מוצגת באמצעות שתי עקומות: העקומה הכחולה מתארת את התחזית ביחס לשיעור רופאים ל-1,000 נפש, והעקומה הכתומה מתארת את התחזית ביחס ל-1,000 נפש המביאה בחשבון גם את הזדקנות האוכלוסייה (תחזית לשיעור רופאים ל-1,000 נפש מתוקנת)¹⁶.

¹⁵ הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ופיתוח (OECD) הוא מסגרת בין-לאומית המאגדת 37 מדינות דמוקרטיות ומפותחות שבהן מיוצר כ-60% מהתוצר העולמי.

¹⁶ התחזיות לא כוללות גידול במספר הסטודנטים לרפואה.



תרשים 8: תחזית משרד הבריאות למספר הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש



המקור: משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, מספר הרופאים בישראל: מגמות והצעות מדיניות.

מהתרשים עולה כי לפי נתוני משרד הבריאות (אגף מינהל), לאורך שנות התחזית מספר הרופאים בישראל ל-1,000 נפש נמוך מהמוצע ב-OECD, בשנת 2019 - 3.16 (מתוקנת) או 3.19 לא מתוקנת) מול 3.5 ב-OECD. עוד עולה כי מספר הרופאים ל-1,000 נפש בישראל צפוי לעלות ולהגיע לשיא בשנת 2025, ולאחר מכן צפויה ירידה. כמו כן, קיים פער ניכר שאף הולך וגדל בין התחזית המתוקנת שמביאה בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה (צבע כתום) לתחזית שאינה מתייחסת לתופעה זו (צבע כחול).

הגורמים המרכזיים לירידה במספר הרופאים ל-1,000 נפש הם:

- פרישה מוגברת של רופאים לגמלאות בתקופה מסוימת, מעבר לממוצע הפרישה השנתי;
- הזדקנות האוכלוסייה שמביאה לגידול בתוחלת החיים בקצב גדול מקצב הגידול במספר הרופאים;
- הרפורמה להבטחת הרמה המקצועית של הרופאים בישראל שבמסגרתה נפסלה הכרה במוסדות אקדמיים מסוימים בחו"ל המלמדים רפואה ושהם למדו סטודנטים מישראל (להלן - רפורמת יציב)¹⁷.

פרישת רופאים לגמלאות: מגמה משמעותית אשר משפיעה על שיעור הרופאים היא קצב הפרישה לגמלאות. אומנם רופאים רבים ממשיכים לעבוד גם אחרי גיל הפרישה הרשמי¹⁸, אך העלייה במספר הרופאים המגיעים לגיל הפרישה היא אינדיקציה טובה למגמות הפרישה הצפויות¹⁹. להלן בתרשים שיעור הרופאים שגילם 55 ומעלה במדינות ה-OECD בשנת 2020 ולכן צפוי שיפרשו לגמלאות בשנים הקרובות ולכל המאוחר בעוד 12 שנה - 2035.

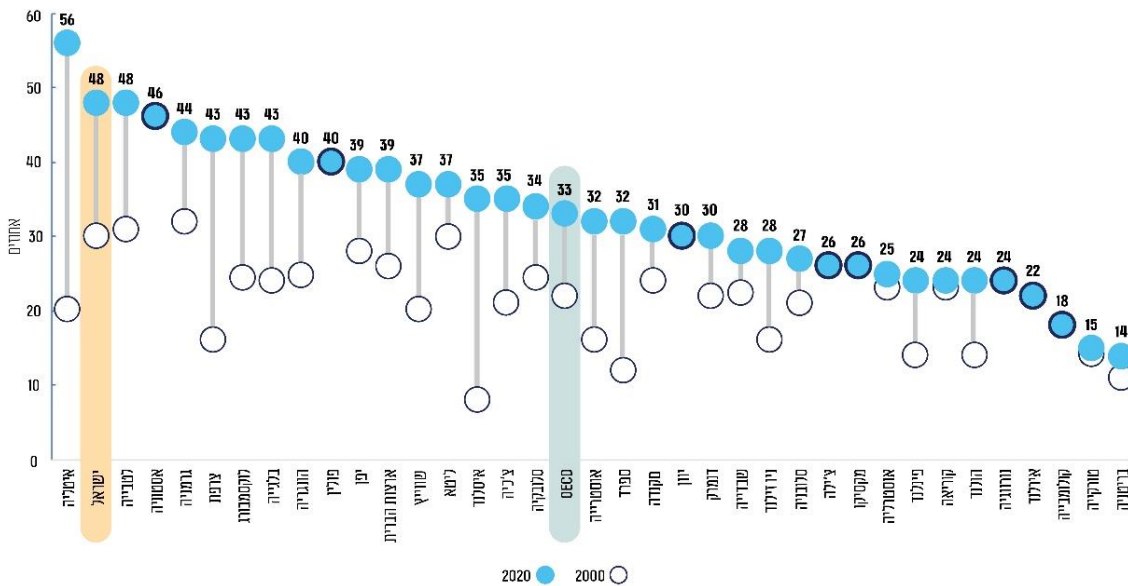
¹⁷ להרחבה ראו דוח מבקר המדינה - מאי 2024, "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - ביקורת מעקב".

¹⁸ 67 לגברים ולנשים בין 63 ל-65 תלוי שנתון הלידה.

¹⁹ משרד הבריאות, מספר הרופאים בישראל: מגמות והצעות מדיניות, פברואר 2021.



תרשים 9: שיעור הרופאים שגילם 55 ומעלה במדינות ה-OECD, 2020

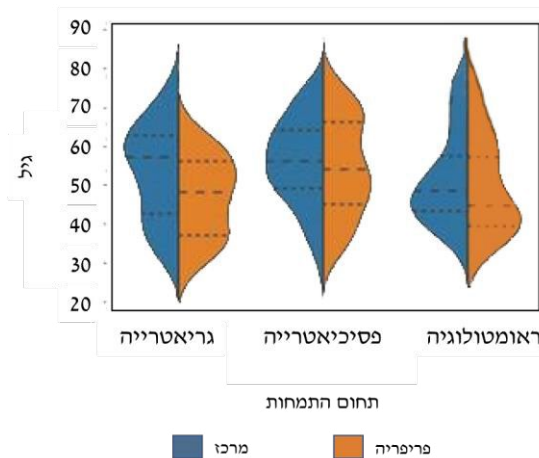


על פי דוח OECD report on medical education and training in Israel, May 2023, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי בשנת 2020 היה שיעור הרופאים בישראל שגילם 55 ומעלה כ-48%, הגבוה ביותר מבין מדינות ה-OECD (ממוצע ה-OECD עמד בשנה זו על כ-33%), אחרי איטליה (56%). יצוין כי בשנת 2000 עמד שיעור הרופאים שגילם 55 ומעלה בישראל על כ-30% בלבד, כלומר מדובר בעליה של 18 נקודות אחוז. אחד ההסברים המרכזיים לכך מיוחס להגעה לגיל פרישה של קבוצה גדולה של רופאים שעלו לישראל בשנות התשעים של המאה העשרים מברית המועצות לשעבר.

משרד מבקר המדינה בחן את פיזור גיל הרופאים בשלושה תחומים: ראומטולוגיה, פסיכיאטריה וגריאטריה, שבהם משך ההמתנה לקבלת הטיפול ארוך יחסית (ראו להלן), על פי חלוקה למרכז²⁰ ופריפריה²¹ בקופות חולים מכבי ולאומית. להלן בתרשים תוצאות הבחינה.

תרשים 10: פיזור הרופאים בתחומים ראומטולוגיה, פסיכיאטריה וגריאטריה במרכז ובפריפריה בקופות חולים מכבי ולאומית, לפי גיל, 2023



---חציון רביע על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

20 מחוזות תל אביב, מרכז, יהודה ושומרון וירושלים.

21 מחוזות צפון, חיפה ודרום.



מהתרשים עולה כי בקופות חולים מכבי ולאומית - בתחום הגריאטרייה שיעור הרופאים בגילים מתקדמים (מעל 60) גבוה יחסית, והוא גבוה באופן ניכר במרכז (35%) מאשר בפריפריה (11%). בתחום הפסיכיאטרייה ניתן לזהות שיעור גבוה של רופאים בגילים אלו, גם במרכז (41%) וגם בפריפריה (36%). בתחום הראומטולוגיה שיעור הרופאים בגילים אלו אינו גבוה במיוחד, לא במרכז (24%) ולא בפריפריה (23%).

הזדקנות האוכלוסייה: תהליך זה צפוי להשפיע על מערכת הבריאות, שכן צפוי גידול בתוחלת החיים וכן בשל כך שאוכלוסייה מבוגרת נדרשת לשירותים רפואיים רבים יותר, מתוך כך למשאבים רבים יותר, לרבות רופאים. כפי שניתן לראות בתרשים 8, מספר הרופאים ל-1,000 נפש בתחזית שמביאה בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה (הצבע הכתום) נמוך משמעותית ממספר הרופאים ל-1,000 נפש בתחזית שאינה מתייחסת לתופעה זו (הצבע הכחול). על פי התחזית של משרד הבריאות לשנת 2035 שמביאה בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה, ייגרע רופא אחד מכל 5,000 תושבים.²²

רפורמת יציב²³: בשנים 2018 - 2019 ביצע משרד הבריאות עבודת מטה שבמסגרתה גובש מתווה מקצועי המסדיר את תנאי ההכרה ללימודים בחו"ל - רפורמת יציב²⁴. מטרת הרפורמה היא להבטיח את הרמה המקצועית של הרופאים בישראל באמצעות עידוד תלמידי רפואה ללמוד בבתי ספר לרפואה ברמה נאותה. התנאים המרכזיים הם לימודים באחת ממדינות ה-OECD או בבתי ספר לרפואה המסונפים לבתי חולים שמוכרים על ידי משרד הבריאות²⁵. בעקבות רפורמת יציב, לימודיהם של סטודנטים שהחלו ללמוד החל ב-2019 בבתי ספר לרפואה שאינם מוכרים²⁶ לא יוכרו על ידי משרד הבריאות (להלן - חו"ל לא מאושר)²⁷ וסטודנטים אלו לא יוכלו לקבל רישיון לעסוק ברפואה בישראל. יצוין כי יישום הרפורמה עלול להביא לירידה נוספת במספר רופאים ל-1,000 נפש בישראל, לכל הפחות בשנים הראשונות ליישומה. עוד יצוין כי במחוזות הנגב והגליל משתלבים יותר בוגרי רפואה שלמדו במוסדות חו"ל שהוגדרו במסגרת רפורמת יציב כמוסדות חו"ל לא מאושר, ושיעורם במחוזות אלו היה 61% בשנת 2020²⁸. מכאן, שרפורמת יציב תתחיל לתת את אותותיה החל בשנת 2026, וכל עוד לא יגדל מספר הסטודנטים האחרים - אלו שלומדים בישראל או במוסדות חו"ל מאושרים, צפוי לקטון באופן משמעותי זרם הרופאים החדשים ובמיוחד במחוזות אלה (ראו להלן בפרק על זמינות הרפואה היועצת בפריפריה).

בדוח OECD²⁹ שעסק בהכשרת רופאים צוין בין היתר כי בישראל שיעור בוגרי לימודי הרפואה שלמדו מחוץ למדינה הוא הגבוה ביותר מבין המדינות החברות בארגון. כ-58% מכלל הרופאים שעבדו בישראל בשנת 2020 קיבלו את התואר הרפואי שלהם במדינה אחרת.

בתרשים שלהלן מוצג שיעור בוגרי לימודי הרפואה שלמדו מחוץ למדינה במדינות ה-OECD בשנת 2020.

22 כך על פי תרשים 8. לפי העקומה הכחולה התחזית לשנת 2035 היא כ-3.22 רופאים ל-1,000 נפש. לפי העקומה הכתומה, המתקנת להזדקנות האוכלוסייה, התחזית היא כ-3.02 רופאים ל-1,000 נפש. הבדל של 0.2 רופאים ל-1,000 נפש, קרי רופא אחד על כל 5,000 תושבים.

23 להרחבה ראו **דוח מבקר המדינה - מאי 2024**, "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - ביקורת מעקב".

24 מתוך אתר משרד הבריאות **[קישור]**.

25 סינוף - התקשרות בין בית חולים לאוניברסיטה, המאפשר לסטודנטים לבצע הכשרה קלינית בבית החולים.

26 בעיקר בבתי ספר לרפואה במדינות מולדובה, רוסיה, אוקראינה, רומניה, ארמניה, גאורגיה וקזחסטאן.

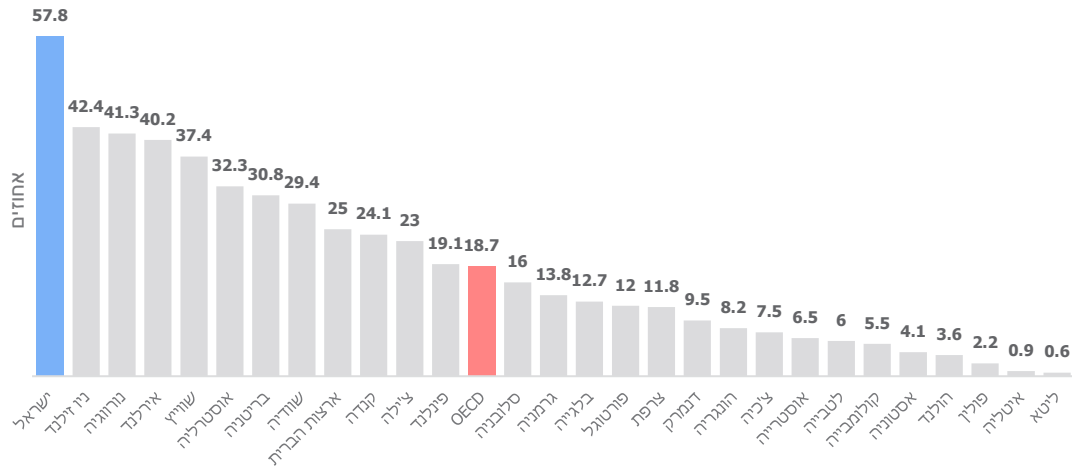
27 עוד על נושא רפורמת יציב ראו **דוח מבקר המדינה - מאי 2024**, "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - ביקורת מעקב".

28 הוועדה לתכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל, 2022, בראשות פרופ' רוני גמזו (להלן - ועדת גמזו).

29 דוח OECD **[קישור]**.



תרשים 11: שיעור בוגרי לימודי הרפואה שלמדו מחוץ למדינה במדינות ה-OECD, 2020



על פי דוח OECD report on medical education and training in Israel, May 2023, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מכל האמור עולה כי התהליכים שתוארו לעיל: פרישת רופאים לגמלאות, הזדקנות האוכלוסייה, יישום רפורמת יציב ומשך הזמן הנדרש להכשרת רופאים מומחים עלולים להוביל לפגיעה בזמינות שירותי הרפואה הניתנים לאוכלוסייה, ובכלל זה שירותי הרפואה היועצת. כמו כן נמצא כי בתחומים ובאזורים גיאוגרפיים שונים התפלגות הגילים של הרופאים שונה, והדבר יכול להביא למחסור מקומי בשירותי הרפואה.

כדי להתמודד עם שינוי המגמה הצפוי בשיעור הרופאים - כתוצאה מההשפעה של רפורמת יציב, הגידול בתוחלת החיים, תחזית הפרישה של רופאים בשל גילם, מספר הרופאים שאינם עוסקים ברפואה אך רשומים כרופאים ועוד, גיבש משרד הבריאות הצעות מדיניות להגדלת מספר הרופאים ובהן: הגדלת מספר הסטודנטים בארץ; יישום המלצות ועדת מרום-הלפרן³⁰; הגדלת מספר הסטודנטים בארץ באמצעות שדות קליניים בקהילה³¹; בקרה והכוונה של ישראלים הלומדים בחו"ל; עידוד עלייה של רופאים. פעולות אלו נועדו להבטיח הן את כמות הרופאים הנדרשת, והן את רמתם המקצועית הגבוהה בטווח הארוך אולם אינם נותנים מענה בטווח הקצר והבינוני בכל הנוגע למחסור ברופאים מומחים בהתייחס לאזורים גיאוגרפיים שונים³².

משרד הבריאות ציין בתשובתו כי בימים אלו מתבצעת עבודת מטה בנושא מיפוי מומחים וקביעת יעדים, ובידי המשרד יעדים ראשוניים של מספר המתמחים הרצוי ברוב התחומים. כמו כן ציין המשרד כי כדי להתמודד עם ההשלכות של רפורמת יציב, ננקטו כמה פעולות ובהן הגדלת מספר הלומדים בארץ, מימון לימודי רפואה במוסדות מאושרים בחו"ל ותוכנית לעליית רופאים לישראל. עוד ציין המשרד כי הוא גם פעל להגדיל את מספר הסטודנטים שמתחילים לימודי הרפואה מ-780 בשנת 2019 ל-1,140 בשנת 2023, ומספרם צפוי לגדול ל-1,700 בשנת 2027, ובשנת 2025 צפויים להיפתח שלושה בתי ספר לרפואה חדשים.

הצעות המדיניות להגדלת מספר הרופאים שגיבש משרד הבריאות וכן הצפי לפתיחת שלושה בתי ספר לרפואה נועדו להבטיח את כמות הרופאים הנדרשת ואת רמתם המקצועית הגבוהה בטווח הארוך. עם זאת, בהתייחס לטווח הקצר והבינוני עלה כי משרד הבריאות החל בעבודת

³⁰ ועדה משנת 2018 נועדה לבחון את מספר הסטודנטים לישראל. ההמלצה המרכזית של הוועדה הייתה ביטול תוכניות הלימודים ברפואה המיועדות לסטודנטים מחו"ל. התוכניות הופסקו החל בשנת התשפ"ד, דבר שאפשר לפתוח עוד 130 מקומות לסטודנטים ישראלים.

³¹ שדה קליני בבתי החולים - שלב בהכשרת הרופאים המתבצע במחלקות בתי החולים. ועדת מרום הלפרן המליצה לשלב הוראה קלינית בקהילה במקצועות מסוימים כדי להתמודד עם המחסור בשדות קליניים בבתי החולים וכדי לשפר את איכות הלמידה ולהגדיל את מגוון המקרים הרפואיים שהסטודנטים נתקלים בהם.

³² משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, מספר הרופאים בישראל: מגמות והצעות מדיניות, פברואר 2021.



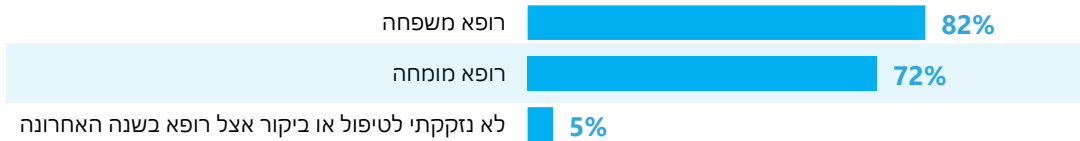
מטה אך היא טרם הושלמה ולא התגבשה לתוכנית אופרטיבית מלאה עם יעדים ומדדים לפי תחומי התמחות ואזורים גאוגרפיים. בהעדר תוכנית, לא ניתן לתת מענה הולם למחסור ברופאים מומחים בהתייחס לאזורים גיאוגרפיים שונים.

מומלץ כי משרד הבריאות יגבש תוכנית פעולה יעילה ואפקטיבית לטווח הקצר והבינוני כדי להתמודד עם המחסור ברופאים ובכלל זה זמינות הרפואה היועצת בקהילה בדגש על אזורים גיאוגרפיים שונים. בהתייחס לטווח הארוך מומלץ כי משרד הבריאות יעקוב אחר יישום התוכנית להקמת בתי ספר חדשים לרפואה לשם עמידה ביעדים להגדלת מספר הרופאים המוכשרים בישראל.

פעולות משרד הבריאות למדידת זמני המתנה לתורים

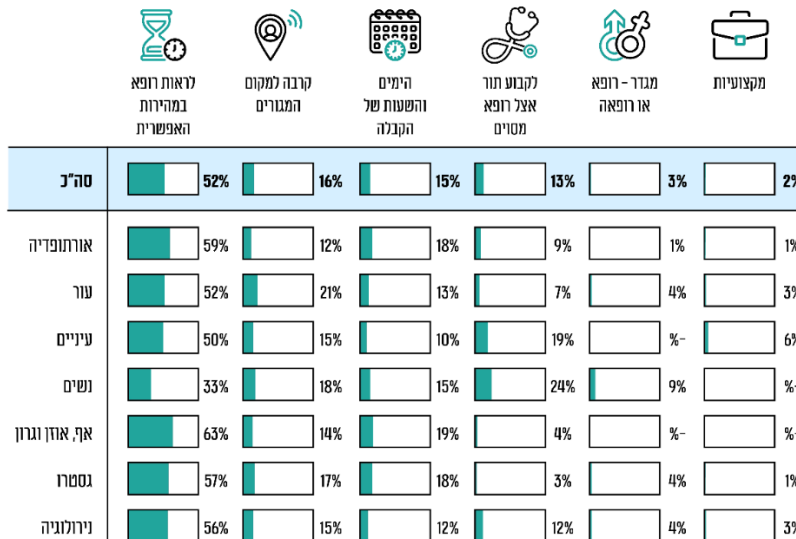
משך ההמתנה לתור³³ לבדיקת רופא ולשירותים רפואיים בקהילה מעיד על זמינות השירות הרפואי למבוטחים בקופות החולים. בסקר שערך משרד מבקר המדינה עלה כי זמינות הרופאים נמצאת בראש סדר העדיפויות של המטופלים בבואם לקבוע תור לרופא מומחה. להלן תרשימים המציגים את התפלגות התשובות לשאלות "האם בשנה האחרונה נזקקת לטיפול או לביקור אצל רופא בקופת החולים", "אם כן - מה הדבר החשוב לך ביותר בקביעת תור לרופא מומחה דרך קופת החולים" וכן את התפלגות התשובות לפי תחום ההתמחות של הרופא.

תרשים 12: התשובה לשאלה "האם בשנה האחרונה נזקקת לטיפול או לביקור אצל רופא משפחה ו/או רופא מומחה בקופת החולים"³⁴



על פי ממצאי הסקר האינטרנטי שנערך ביוני 2023 ביוזמת משרד מבקר המדינה.

תרשים 13: התשובה לשאלה "מה הדבר החשוב לך ביותר בקביעת תור לרופא מומחה דרך קופת החולים", לפי תחום ההתמחות של הרופא



על פי ממצאי הסקר האינטרנטי שנערך ביוני 2023 ביוזמת משרד מבקר המדינה.

³³ זמן המתנה לתור הוא מדד סטטיסטי של כמות הימים המלאה (ימי עבודה, שבת וחג) מרגע פניית המטופלים לקופות החולים בבקשה לקבוע תור לרופא במקצוע מוגדר עד לתאריך הביקור בפועל.

³⁴ ניתן לענות על יותר מתשובה אחת.



מהתרשימים עולה כי כ-72% מהמשיבים על סקר מבקר המדינה נזקקו לרופא מומחה בשנה האחרונה. מתוכם, לכ-52% במוצע היה הכי חשוב להגיע לרופא במהירות האפשרית. למרות השונות המשמעותית בין תחומי הרפואה השונים, בכלם נמצא כי שיעור המשיבים שייחסו את החשיבות המרבית להגעה אל הרופא בהקדם האפשרי היה הגבוה ביותר.

מדידת זמן ההמתנה לרפואה יועצת

סטנדרט לזמינות שירותי רפואה: על פי חוק ביטוח בריאות, שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בין היתר בתוך זמן סביר. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, נתן ביטוי לעובדה שאיכות הטיפול ואיכות השירות אינן ניתנות להפרדה. בסעיף 5 לחוק נקבע כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש".

חוזר המנכ"ל של משרד הבריאות מפברואר 2013³⁵ קובע, בין היתר, סטנדרטים למתן שירות איכותי ולשיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות; באשר לזמינות השירות הרפואי מצוין כי הסטנדרט הרלוונטי הוא כי זמן ההמתנה לקבלת תור לבדיקה או טיפול, בקהילה או באשפוז, יהלום את מצבו הקליני של החולה ויהיה סביר בהיבט השירותי.

במדריך מקצועי לסטנדרטים למוסדות בריאות³⁶ הומלץ, בין היתר, על הגדרת רמות שירות ויעדים לצד התחשבות בצרכי המטופל ובמידת הדחיפות.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית משנת 2014 (להלן - ועדת גרמן)³⁷ המליצה, בין השאר, כי משרדי הבריאות והאוצר יקבעו כללים, בתוך 120 יום, ויפעלו ליצירת סטנדרטים בנוגע לנגישות גיאוגרפית ולזמני המתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, בהתחשב בדחיפות הפעולות.

עלה כי משרד הבריאות אומנם קבע סטנדרט עקרוני המתייחס לזמינות השירות הרפואי בקהילה, אך הוא לא הגדיר לו סטנדרטים כמותיים על פי מדדים רלוונטיים, המבהירים מהו טווח הזמינות הרצוי והסביר ביחס למקרים וסוגי שירותים שונים. יצוין כי קופות החולים קבעו לעצמן סטנדרט מדיד פנימי לזמינות השירות ברפואה היועצת, אולם הן אינן מפרסמות אותו לציבור.

נוכח הוראת החוק הקובעת כי שירותי הבריאות יינתנו בתוך זמן סביר, מומלץ כי משרד הבריאות בשיתוף קופות החולים יקבע סטנדרט לזמינות השירות הרפואי בקהילה ויפרסם אותו לציבור.

שיטת חישוב עתידית (פרוספקטיבית) למשך ההמתנה: כחלק מהתוכנית הלאומית לחיזוק הרפואה הציבורית פרסם משרד הבריאות בסוף שנת 2019, מערכת לאומית למדידה של זמני המתנה לרופאים יועצים בקהילה ודיווח לציבור (להלן - מערכת המדידה). שיטת חישוב משך ההמתנה במערכת המדידה היא פרוספקטיבית ומאפשרת להעריך מה תהיה בעתיד התפלגות זמני ההמתנה לביקורים שיתקיימו בתקופה מבוקשת, והיא נעשית באמצעות זמינות התורים הפנויים לפי יומני הרופאים שקופות החולים מציעות למבוטחייהן³⁸. כיוון שהשיטה בוחנת רק את ההיצע (תורים זמינים ביומני הרופאים) ואיננה בוחנת את הביקוש (מימוש התורים בפועל) לא ניתן לבחון את השפעת המאפיינים הדמוגרפיים של המבוטחים על זמן ההמתנה.

35 חוזר מנכ"ל מס' 6/13 בנושא "שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות".

36 "תורת השירות וחוויית המטופל במערכת הבריאות בישראל, סטנדרט למוסדות בריאות - מדריך מקצועי", אגף השירות - מינהל איכות, שירות ובטיחות, משרד הבריאות, יוני 2016.

37 הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, דין וחשבון, 2014. המלצות הוועדה לא יושמו ראו גם במבקר המדינה, דוח שנתי 2017, 67, (2017), הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים.

38 מתוך שיטה לחישוב זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה, משרד הבריאות.



נמצא כי השיטה למדידת זמני המתנה לתורים שנוקט משרד הבריאות מתמקדת בזמינות תורים עתידיים בלבד (פרוספקטיבית), ואינה בוחנת את המתאם בין נתונים דמוגרפיים כגון מגדר, גיל או האוכלוסייה של המבוטחים ובין זמן ההמתנה.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי נכון להיום הוא עורך מדידות בגישה פרוספקטיבית, וזאת בהלימה לתשתיות הנתונים הקיימות בארבע קופות החולים. הגישה הפרוספקטיבית אכן אינה מאפשרת ניתוח של זמני המתנה לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המטופלים. עם זאת, משרד הבריאות בוחן פערים גיאוגרפיים בזמני המתנה של התמחויות נבחרות. לדעת משרד הבריאות תשתית המידע הקיימת בקופות נכון להיום, אינה מאפשרת עדיין מדידה רטרוספקטיבית ברמה הלאומית. אחד מייעדי התוכנית לשנים הבאות הוא הוספת מדד זמני המתנה בגישה רטרוספקטיבית (זמן ההמתנה בפועל), אך זה מותנה בכך שקופות החולים יוכלו להרחיב את תשתיות המידע ולהתגבר על חסמים שונים הקשורים בשיתוף המידע הנחוץ על ידי הרופאים, באופן שיותאם לנתונים ההכרחיים לחישובים בגישה זו. עוד ציין משרד הבריאות כי כדי לתקף את תוצאות המדידה בנושא זמני המתנה, ערך המשרד בשנת 2022 סקר בקרב מדגם מייצג של מטופלים, ונמצאה הלימה טובה בין זמני המתנה בפועל (רטרוספקטיביים) לזמני המתנה שהתקבלו בגישה הפרוספקטיבית.

קופת חולים כללית בתשובתה מיולי 2024 (להלן - תשובת כללית) וקופת חולים מכבי בתשובתה מיולי 2024 (להלן - תשובת מכבי) מסרו כי מדידה רטרוספקטיבית חשובה מכיוון שהיא מציגה את משך ההמתנה בפועל, והיא משקפת גם את מאמצי הקופה. עם זאת, מכבי הצביעה על אתגרים בפיתוח מדידה רטרוספקטיבית אמינה וציינה שמשרד הבריאות עדיין לא הגדיר שיטת מדידה רטרוספקטיבית אחידה לכלל קופות החולים. עוד ציינה מכבי כי היא מפתחת מדידה רטרוספקטיבית, והפיתוח יושלם ככל הנראה עד סוף שנת 2024 ויאפשר ניתוח לפי מאפיינים דמוגרפיים.

מומלץ כי משרד הבריאות, בשיתוף קופות החולים, יגבש תוכנית אופרטיבית לבניית תשתית מידע ושיטת מדידה אחידה שיאפשרו מדידה של זמני המתנה לתורים בשיטה רטרוספקטיבית (זמן המתנה בפועל), כך שניתן יהיה לעמוד על המתאם בין מאפיינים דמוגרפיים של המבוטחים לזמני המתנה. כך למשל ניתן יהיה לבחון אם יש שוני בזמני המתנה בין מגדרים, קבוצות גיל ואוכלוסיות. תוצאות מדידה אלו יאפשרו מתן מענה ייעודי המתאים לקבוצות האוכלוסייה השונות.

מאפייני אוכלוסייה המתואמים עם זמן ההמתנה לרפואה יועצת

מאחר שכאמור משרד הבריאות לא בחן את המתאם של מאפיינים דמוגרפיים עם זמני המתנה, צוות הביקורת ניתח את נתוני התורים לרפואה יועצת בשנת 2022 באמצעות רגרסיות ליניאריות³⁹ שאפשרו לבחון את המתאם בין מגוון משתנים לבין זמני המתנה להתמחויות שונות בקופות החולים וללמוד מניתוח זה אם ניתן לקצר את זמני המתנה בעזרת מתן מענה מותאם לקבוצות האוכלוסייה השונות: נותחו כלל⁴⁰ נתוני התורים ל-13 התמחויות נבחרות בכל אחת מארבע קופות החולים. ניתוח הנתונים כלל את בדיקת הקשר בין משך ההמתנה למספר משתנים בעניין מצבו הרפואי של המבוטח ובעניין נתונים דמוגרפיים לגביו, ובהם קיום מחלה כרונית, גובה הכנסה שנתי ברוטו (משנת 2021), גיל, שיעור החרדים ביישוב שבו הוא מתגורר⁴¹, גודל היישוב (האם ביישוב

³⁹ רגרסיה ליניארית היא שיטה מתמטית למציאת קשר בין משתנים מסבירים למשתנה מוסבר. השיטה מאפשרת לעמוד על המתאם בין משתנים דמוגרפיים שונים לזמני המתנה לתורים, דבר שעשוי לתרום להבנה כיצד משתנים כגון גיל, מגזר ומגדר מתואמים עם זמני המתנה.

⁴⁰ כאמור, הנתונים שהתקבלו מקופת חולים מאוחדת לא אפשרו לבצע את חלק מהניתוחים באיכות הנדרשת להצגת הממצאים. יצוין גם כי מקופת חולים כללית לא התקבלו נתונים בתחום הפסיכיאטריה, כי מקופת חולים מכבי התקבלו נתוני התורים רק לגבי הרופאים המשתפים את היומנים שלהם עם הקופה (כ-70% מהתורים) וכי לא הייתה הפרדה בין נתוני תחום האנדוקרינולוגיה ותחום הסוכרת ועל כן בניתוח הנתונים נתוני תחום האנדוקרינולוגיה כוללים גם את נתוני תחום הסוכרת.

⁴¹ נתוני המכון החרדי למחקרי מדיניות.



פחות מ-10,000 תושבים), מחוז (ירושלים, צפון, חיפה, מרכז, דרום, יהודה ושומרון או תל אביב⁴²), מגדר ואוכלוסייה⁴³. את תוצאות ניתוח הרגרסיות המלאות ראו בנספח א'. כמו כן, צוות הביקורת חישב את זמני המתנה הממוצעים לתחומי רפואה שונים לפי כמה נתונים דמוגרפיים.

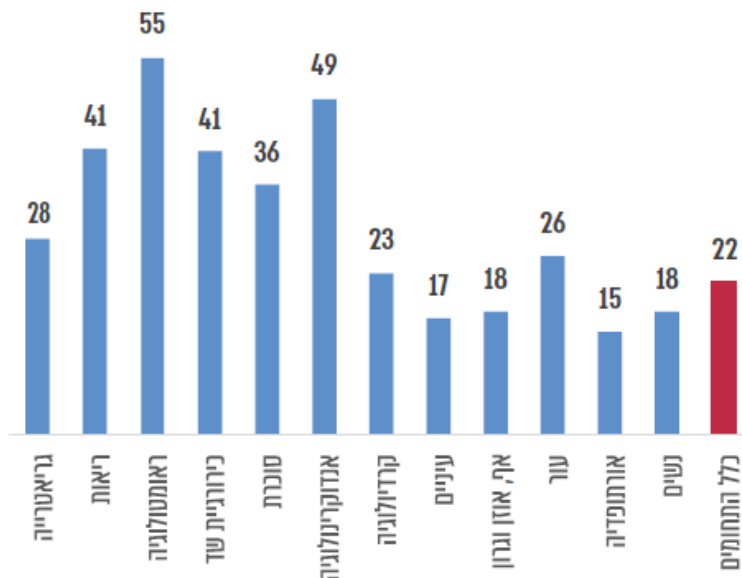
מניתוח הנתונים עולה כי יש קשר סטטיסטי בין משתנים מסוימים לזמן המתנה. להלן פירוט עיקרי הממצאים שעלו בניתוח.

זמן המתנה לשירותים בתחומי רפואה שונים בקופות החולים השונות

קופות החולים פועלות בתמהיל שונה של רופאים שכירים ועצמאים, בשימוש במרפאות חוץ, בפריסה הגיאוגרפית ובאופן ניהול יומני הרופאים. גם מסד הנתונים של כל אחת מקופות החולים התקבל בנפרד והיה מאורגן ומנוהל באופן שונה. ההבדלים האלה יכולים ליצור פערים במשך זמני המתנה בין הקופות. נוסף על כך, נוכח היתכנות לשיטות עבודה ודרכי מדידה שונות בין קופות החולים, ייתכנו בשוליים גם הבדלים טכניים במדידת זמני המתנה בארבע קופות דבר שפוגע ביכולת להשוות ביניהן. לפיכך, מטעמי שמרנות, ניתח צוות הביקורת את זמני המתנה של כל אחת מהקופות בנפרד.

בתרשימים שלהלן מוצג זמן המתנה הממוצע לרופאים מ-13 התמחויות נבחרות בקופות החולים כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית (חלוקת התחומים אינה זהה בכל הקופות).

תרשים 14: זמני המתנה הממוצעים לרופאים מהתמחויות נבחרות בכללית, 2022 (בימים)



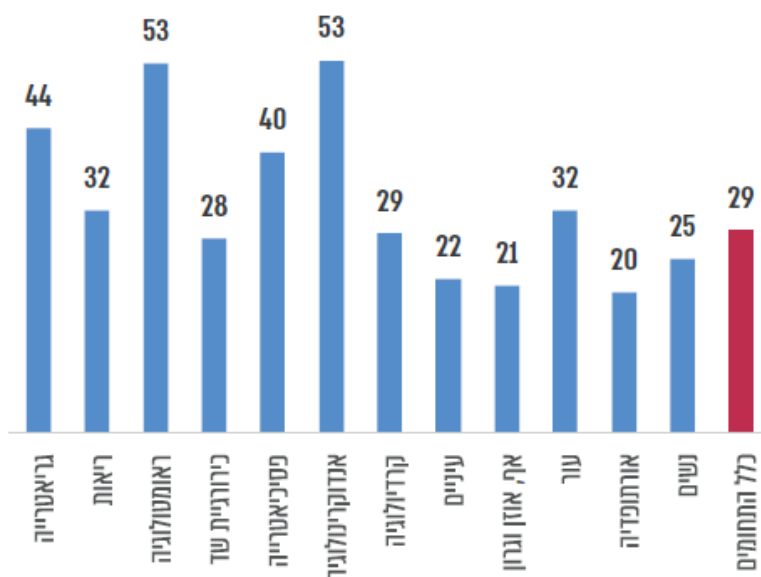
על פי נתוני קופת חולים כללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

42 מחוז תל אביב משמש כנקודת ייחוס.

43 האוכלוסייה נקבעת על פי הגדרת היישוב שבו מתגורר המבוטח: יהודי, מעורב או ערבי.

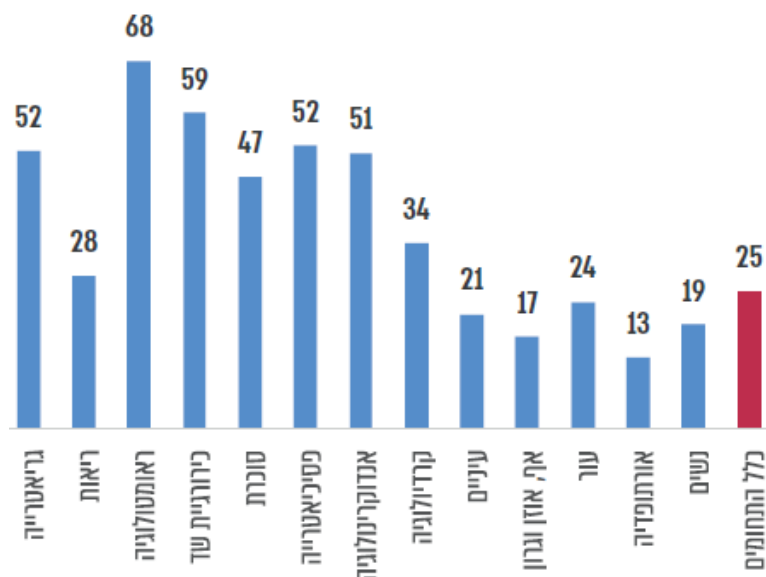


תרשים 15 : זמני ההמתנה הממוצעים לרופאים מהתמחויות נבחרות במכבי, 2022 (בימים)



על פי נתוני קופת חולים מכבי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

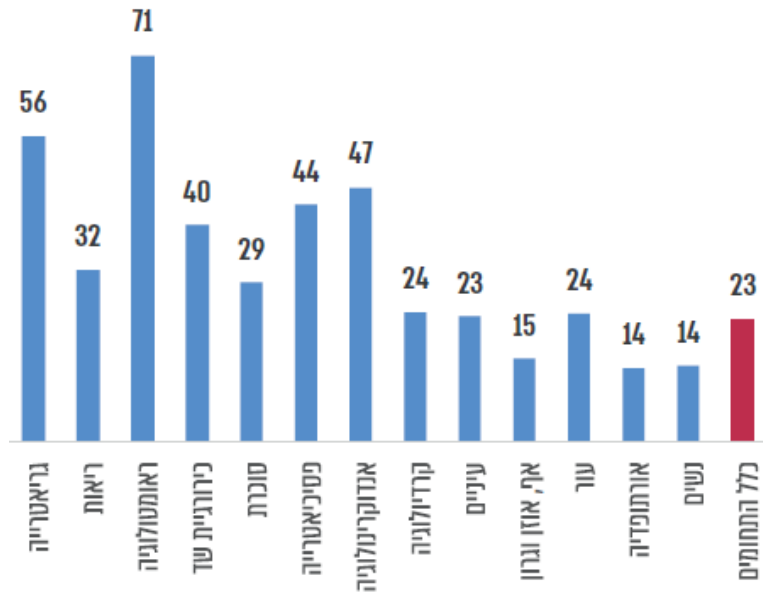
תרשים 16 : זמני ההמתנה הממוצעים לרופאים מהתמחויות נבחרות במאוחדת, 2022 (בימים)



על פי נתוני קופת חולים מאוחדת, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



תרשים 17 : זמני המתנה הממוצעים לרופאים מהתמחויות נבחרות בלאומית, 2022 (בימים)



על פי נתוני קופת חולים לאומית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשימים עולה בנוגע לנתוני שנת 2022 ובהתבסס על נתוני קופות החולים ושיטות המדידה של כל אחת מהן, כי קיימת שונות גבוהה בזמן המתנה לתור בין תחומי הרפואה השונים בכל אחת מהקופות. בכל ארבע הקופות זמן המתנה הארוך ביותר היה לראומטולוגיה (בין 53 ל-71 ימי המתנה); אחרי אנדוקרינולוגיה⁴⁴ (בין 47 ל-53 ימי המתנה); זמן המתנה הקצר ביותר היה לאורתופדיה (בין 13 ל-20 ימים); אחרי לאף, אוזן וגרון⁴⁵ (בין 15 ל-21 ימים). עוד עולה, כי זמן המתנה הממוצע לתור ברפואה יועצת היה בכללית - 22 ימים, במכבי - 29 ימים, במאוחדת - 25 ימים ובלאומית - 23 ימים.

מומלץ כי קופות החולים ינתחו את ממצאי הבדיקה בנוגע לשונות גבוהה בזמן המתנה לתור, בדגש על תחומים שבהם זמן המתנה אצלן הוא ארוך במיוחד וייבחנו מהן הפעולות שניתן לעשות על מנת לקצר את זמן המתנה. עוד מומלץ כי משרד הבריאות יבצע בקרה על תחומים שבהם זמן המתנה ארוך במיוחד בכל הקופות כדי לוודא שלא מדובר בבעיה מערכתית.

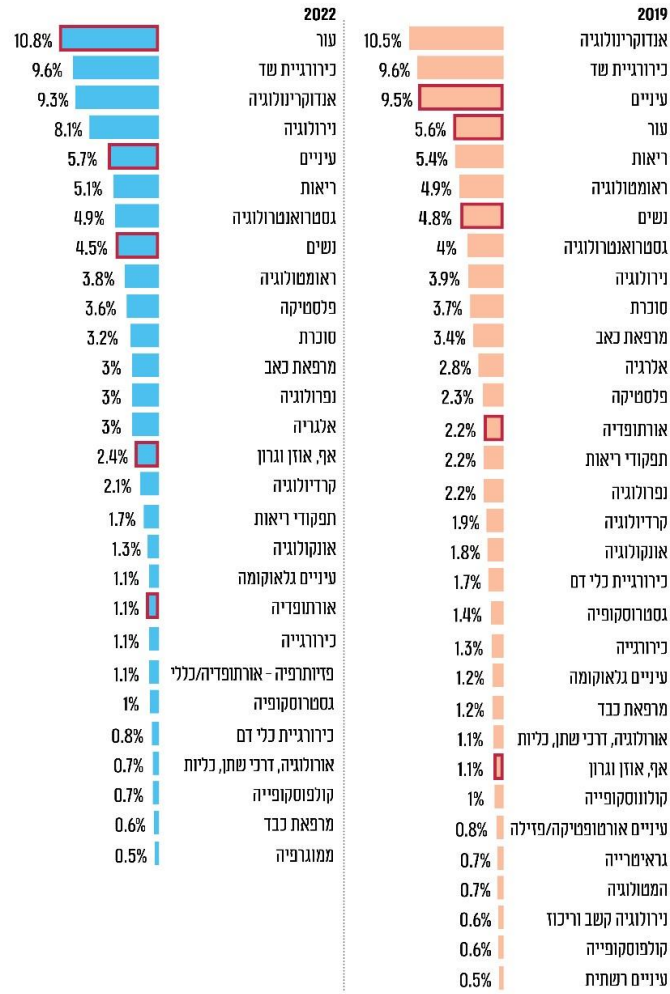
תחומי הרפואה היועצת שבהם זמן המתנה לתור ארוך במיוחד

צוות הביקורת ניתח את נתוני כלל התורים לתחומי הרפואה היועצת שבהם זמן המתנה היה יותר מ-90 יום בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית⁴⁶. יצוין כי ייתכן שחלק מהתורים הארוכים הם תורי מעקב שנקבעו מראש בהמלצת רופא. מנתוני הקופות לא ניתן להפריד בין תורי מעקב לתורים אחרים. להלן בתרשימים התפלגות התורים שהמתנה אליהם ארכה יותר מ-90 יום בשנים 2019 ו-2022.

44 התחום בו זמני המתנה השניים הכי ארוכים בשלוש מתוך ארבע קופות.
 45 התחום בו זמן המתנה השניים הכי קצרים בשלוש מתוך ארבע קופות.
 46 בהתייחס לקופת חולים מאוחדת ראו הערת שוליים מס' 9.



תרשים 18 : התפלגות התורים שהמתנה אליהם ארכה יותר מ-90 יום בכללית, לפי תחום הרפואה, 2019 (כתום) ו-2022 (כחול)

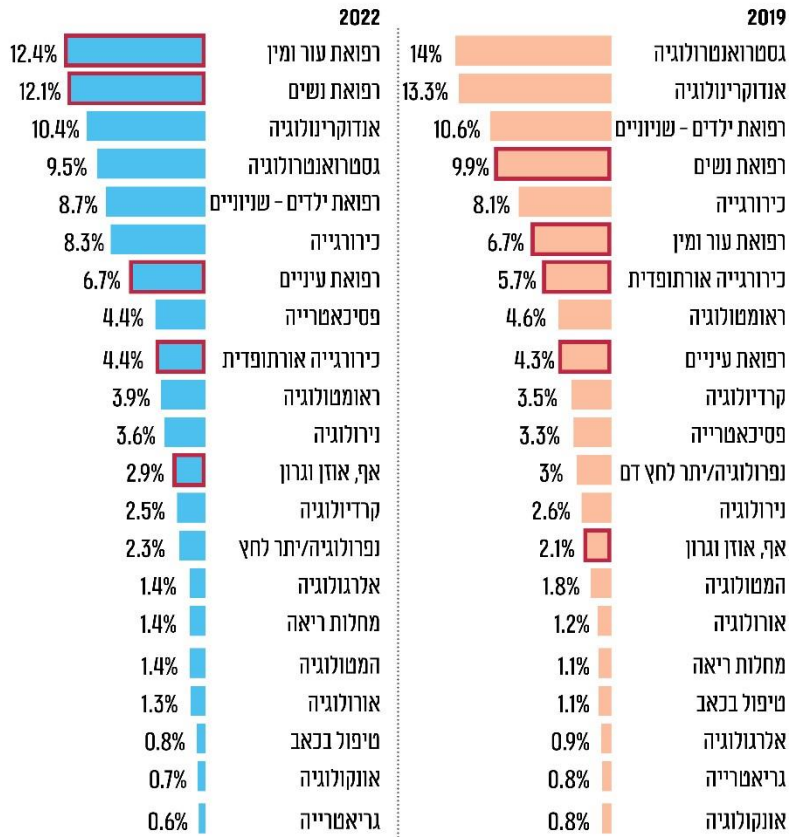


תחום התמחות שכיח

על פי נתוני קופת חולים כללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



תרשים 19 : התפלגות התורים שהמתנה אליהם ארכה יותר מ-90 יום במכבי, לפי תחום הרפואה, 2019 (כתום) ו-2022 (כחול)

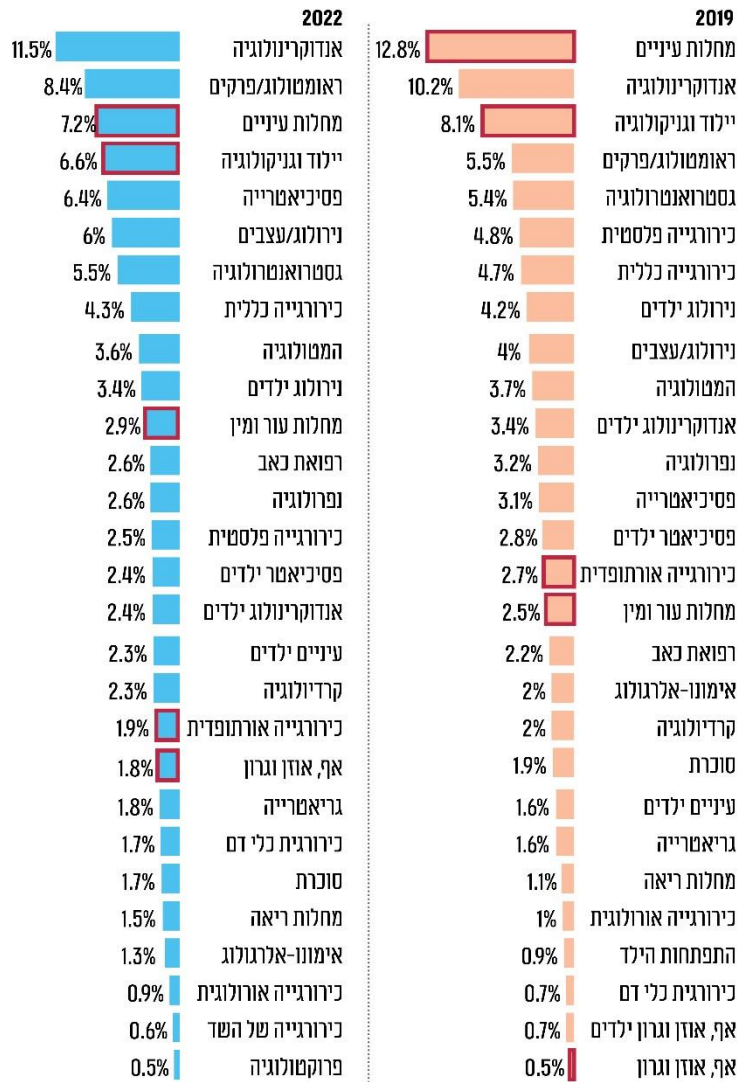


□ תחום התמחות שכניח

על פי נתוני קופת חולים מכבי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



תרשים 20: התפלגות התורים שהמתנה אליהם ארכה יותר מ-90 יום בלאומית, לפי תחום הרפואה, 2019 (כתום) ו-2022 (כחול)



□ תחום התמחות שכיח

על פי נתוני קופת חולים לאומית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

כאמור, עיקר התורים בקופות (כ-70%) הם בתחומי ההתמחויות השכיחים: נשים (נקרא בלאומית יילוד וגניקולוגיה), אורתופדיה, עור ומין, עיניים ואף, אוזן וגרון, המודגשים באדום בתרשימים. אולם, מהתרשימים עולה שבשלוש קופות חולים - כללית, מכבי ולאומית, תחומים אלו הם לא בהכרח התחומים שבהם השיעור הגבוה ביותר של המתנה ארוכה לתורים. כך, בכללית - בצמרת התחומים שבהם שיעור הגבוה ביותר של תורים עם משך המתנה יותר מ-90 יום נמצאים כירורגיית השד⁴⁷, האנדוקרינולוגיה והנירולוגיה; במכבי - גסטרואנטרולוגיה ואנדוקרינולוגיה מהווים נתח משמעותי מהתחומים להם המתנה ארכה יותר מ-90 יום; ובלאומית, המקצועות שבהם המספר הגבוה ביותר של תורים שהמתנה אליהם ארכה יותר מ-90 יום הם תחומי האנדוקרינולוגיה, הראומטולוגיה והפסיכיאטרייה.

עוד עולה מניתוח הנתונים כי בשנת 2022 חל גידול ביחס לשנת 2019 במספר התורים הכולל (50 התחומים המובילים) שהמתנה להם ארכה יותר מ-90 יום. גידול משמעותי חל בכללית -

47 תחת כירורגייה כללית יש תת-התמחות כירורגיית שד. בנתונים שהתקבלו מכמה קופות חולים, כירורגיית שד הופיעה כהתמחות בפני עצמה.



כ-31% (מ-221,573 ל-290,105) ובמכבי - כ-43% (מ-360,010 ל-513,517). בלאומית הגידול הוא בשיעור של כ-8% (מ-109,665 ל-118,308).

מומלץ כי משרד הבריאות והקופות ינתחו את התחומים שבהם יש מספר גדול של תורים (בניכוי תורי מעקב) שהמתנה אליהם ארוכה במיוחד (יותר מ-90 יום). כן מומלץ שהם ינתחו את הסיבות לעלייה במספר התורים שנדרשה המתנה ארוכה אליהם, ושהם יגבשו מענים לצמצום מגמה זו, בין היתר, באמצעות מנגנונים סדורים שיאפשרו תמרוץ הקופות לקיצור זמני המתנה⁴⁸.

עוד מומלץ כי משרד הבריאות יבחן את האפשרות להוסיף את התחומים שבהם יש מספר גדול של תורים שהמתנה אליהם ארוכה במיוחד (יותר מ-90 יום) ואינם תורי מעקב למערכת המדידה והבקרה כחלק מהתוכנית הלאומית לחיזוק הרפואה הציבורית. הדבר יאפשר לאתר בעיות בזמינות שירותים רפואיים ופערים בין אזורים גיאוגרפיים ולתכנן פעולות לקיצור זמני המתנה.

זמני המתנה הממוצעים לרפואה היועצת על פי מחוזות

מניתוח נתוני התורים עולה כי בחלוקה לפי מחוזות גיאוגרפיים נראה על פי רוב כי זמני המתנה במחוזות צפון, ירושלים ויהודה ושומרון, של קופות החולים כללית, מכבי ולאומית, קצרים ביחס לזמני המתנה במחוזות האחרים. בלוחות שלהלן מוצגים זמני המתנה הממוצעים בחמש ההתמחויות השכיחות ובהתמחויות נבחרות על פי אזורים גיאוגרפיים⁴⁹ בשנת 2022.

לוח 1: זמני המתנה הממוצעים (בימים) לתורים בחמש ההתמחויות השכיחות בקופת חולים כללית, לפי מחוזות, 2022

עניינים	אף, אוזן וגרון	עור	אורתופדיה	נשים	
17	23	30	12	20	תל אביב
16	13	25	11	14	ירושלים
12	11	19	13	14	צפון
18	21	24	15	20	חיפה
20	22	30	16	21	מרכז
19	15	20	24	17	דרום
15	18	28	12	16	יהודה ושומרון

על פי נתוני קופת חולים כללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

לוח 2: זמני המתנה הממוצעים (בימים) לתורים בתחומים נבחרים בקופת חולים כללית, לפי מחוזות, 2022

קרדיולוגיה	אנדוקרינולוגיה	סוכרת	כירורגיית שד	ראומטולוגיה	ריאות	גריאטרייה	
23	69	58	43	52	45	33	אביב
21	42	33	26	31	44	42	שלים
21	37	18	32	65	39	19	פון
33	44	34	43	60	50	47	יפה
22	56	44	47	47	36	26	רכז
21	45	33	39	39	34	15	יום
29	48	28	40	44	45	33	ושומרון

על פי נתוני קופת חולים כללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

⁴⁸ בהתאם לסעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשס"ה-1985, ובהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה, רשאי משרד הבריאות לפרסם מבחנים לחלוקת תמיכות לקופות החולים בנושאים שונים.

⁴⁹ החלוקה למחוזות על פי חלוקת המחוזות בלמ"ס ולא לפי החלוקות הפנימיות (השונות) של הקופות.



לוח 3 : זמני המתנה הממוצעים (בימים) לתורים בחמש ההתמחויות השכיחות בקופת חולים מכבי, לפי מחוזות, 2022

עניינים	אף, אוזן וגרון	עור	אורתופדיה	נשים	
19	22	36	20	30	תל אביב
21	16	24	17	21	ירושלים
22	16	23	14	15	צפון
23	17	34	17	17	חיפה
21	23	36	21	27	מרכז
31	24	23	28	25	דרום
21	20	26	16	22	יהודה ושומרון

על פי נתוני קופת חולים מכבי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

לוח 4 : זמני המתנה הממוצעים (בימים) לתורים בתחומים נבחרים בקופת חולים מכבי, לפי מחוזות, 2022

גריאטרייה	ריאות	ראומטולוגיה	כירורגיה	פסיכיאטרייה	אנדוקרינולוגיה	קרדיולוגיה	
47	33	55	30	35	64	26	תל אביב
44	30	57	19	51	37	25	ירושלים
27	23	40	26	37	35	20	צפון
26	29	51	33	41	51	43	חיפה
49	32	54	30	41	65	26	מרכז
44	38	57	17	44	39	34	דרום
58	26	51	26	47	47	27	יהודה ושומרון

על פי נתוני קופת חולים מכבי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

לוח 5 : זמני המתנה הממוצעים (בימים) לתורים בחמש ההתמחויות השכיחות בקופת חולים לאומית, לפי מחוזות, 2022

עניינים	אף, אוזן וגרון	עור	אורתופדיה	נשים	
26	16	29	19	19	תל אביב
22	17	20	11	20	ירושלים
16	8	16	7	8	צפון
23	13	26	12	13	חיפה
29	18	25	13	13	מרכז
26	18	26	19	12	דרום
22	23	24	16	17	יהודה ושומרון

על פי נתוני קופת חולים לאומית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

לוח 6 : זמני המתנה הממוצעים לתורים בתחומים נבחרים בקופת חולים לאומית, לפי מחוזות, 2022

גריאטרייה	ריאות	ראומטולוגיה	כירורגית שד	סוכרת	פסיכיאטרייה	אנדוקרינולוגיה	קרדיולוגיה	
50	35	101	43	33	53	70	30	תל אביב
28	13	52	41	17	35	37	19	ירושלים
49	45	52	46	20	48	36	15	צפון
70	36	56	37	34	55	30	18	חיפה
69	26	84	46	28	51	57	35	מרכז
77	33	79	26	31	35	70	21	דרום
34	23	87	43	19	38	52	19	יהודה ושומרון

על פי נתוני קופת חולים לאומית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



מניתוח נתוני הלוחות באשר לזמני המתנה בחמש ההתמחויות השכיחות עולה כי ישנה שונות בין משך המתנה הממוצע במחוזות לתורים בהתמחויות אלו בשלוש קופות החולים; עם זאת בשלוש הקופות זמן המתנה הממוצע הארוך ביותר הוא לרופא עור. ביחס לזמני המתנה הממוצעים במחוזות בשנת 2022 עולה מהתרשימים כלהלן:

בכללית: זמן המתנה הארוך ביותר בתחום העור הוא במחוזות תל אביב ומרכז (30 ימי המתנה). בתחומים נשים ועיניים זמן המתנה הארוך ביותר הוא במחוז מרכז (21 ו-20 ימי המתנה, בהתאמה). בתחום אף, אוזן וגרון זמן המתנה הארוך ביותר הוא מחוז תל אביב (23 ימי המתנה). בתחום האורתופדיה זמן המתנה הארוך ביותר הוא במחוז דרום (24 ימי המתנה) במחוזות ירושלים, חיפה ויהודה ושומרון לא נמצא אף תחום שבו זמן המתנה הממוצע הוא הארוך ביותר.

במכבי: זמן המתנה הארוך ביותר בתחומים - עיניים, אורתופדיה ואף, אוזן וגרון הוא במחוז דרום (31, 28 ו-24 ימי המתנה, בהתאמה). בתחומים עור ונשים זמן המתנה הארוך ביותר היה במחוז תל אביב (36 ו-30 ימי המתנה, בהתאמה). בתחום העור זמן המתנה הארוך ביותר היה גם במחוז המרכז 36 ימי המתנה.

בלאו מית: זמן המתנה הארוך ביותר בתחום האורתופדיה הוא במחוז תל אביב ודרום (19 ימי המתנה), בתחום העור במחוז תל אביב (29 ימי המתנה). התור הארוך ביותר היה לתחום העיניים היה במחוז המרכז (29 ימי המתנה), באף, אוזן וגרון - במחוז יהודה ושומרון (23 ימי המתנה) ובנשים - במחוז ירושלים (20 ימי המתנה).

מניתוח נתוני התרשימים באשר לזמני המתנה בתחומים נבחרים עולה כי בתחומי רפואה מסוימים כמו אנדוקרינולוגיה ניכר בכל קופות החולים זמן המתנה ארוך במיוחד במחוזות תל אביב והמרכז. כך למשל, בקופת חולים כללית, זמן המתנה לאנדוקרינולוג במחוז תל אביב (69 ימים) ארוך בכ-27 ימים מזה שבמחוז ירושלים (42 ימים), ב-32 ימים מזה שבמחוז צפון (37 ימים) וב-25 ימים מזה שבמחוז חיפה (44 ימים).

ניתוח נתונים על פי הרגסיה (ראו פירוט הניתוח בהמשך וכן בנספח א'): ניתוח נתוני הקופות לשנת 2022, על פי הרגסיה, תומך במסקנות שעלו מהתרשימים לעיל. הניתוח שנעשה באמצעות הרגסיה בחן את הקשר בין משתנים נבחרים, למשל מחלה כרונית, גובה הכנסה, גיל, דמוגרפיה ביישוב ומגדר, לבין משך זמן המתנה בימים, בתחומי רפואה נבחרים, במחוזות של שלוש הקופות - כללית, מכבי ולאומית. הניתוח העלה⁵⁰ כי במרבית התחומים שנבחנו, נמצאו אורכי תור קצרים יותר ומובהקים סטטיסטית במחוזות ירושלים, צפון ויהודה ושומרון מאשר במחוז תל אביב; למשל במחוז ירושלים - בכללית בכל התחומים למעט עיניים וקרדיולוגיה; במכבי - למעט עיניים, פסיכיאטריה וגריאטריה; במחוז צפון - במכבי בכל התחומים למעט עיניים ופסיכיאטריה ובלאומית למעט ריאות; במחוז יהודה ושומרון - בכללית בכל התחומים למעט קרדיולוגיה ובלאומית למעט אף, אוזן וגרון. עוד עלה כי בתחומים מסוימים, למשל אנדוקרינולוגיה, בכל שלוש הקופות⁵¹ זמני המתנה במחוז תל אביב ארוכים באופן ניכר מאלה שבשאר המחוזות.

מומלץ כי משרד הבריאות וקופות החולים יאתרו את הסיבות לזמני המתנה הארוכים בתחומים מסוימים ובאזורים מסוימים ויגבשו דרכי פעולה על מנת לקצר את זמני המתנה אלו.

קופות החולים מכבי וכללית מסרו בתשובותיהן כי אזור הדרום והערבה מאתגרים יותר, והן פועלות להוספת רופאים ושירותים דיגיטליים כמענה לצרכים. כמו כן, כללית ציינה כי ברפואת עור במחוז תל אביב יש חריגה במשך זמן המתנה, והקופה פועלת לקיצורו.

50 מובהק סטטיסטית.

51 מתאם גבוה במיוחד ומובהק סטטיסטית.

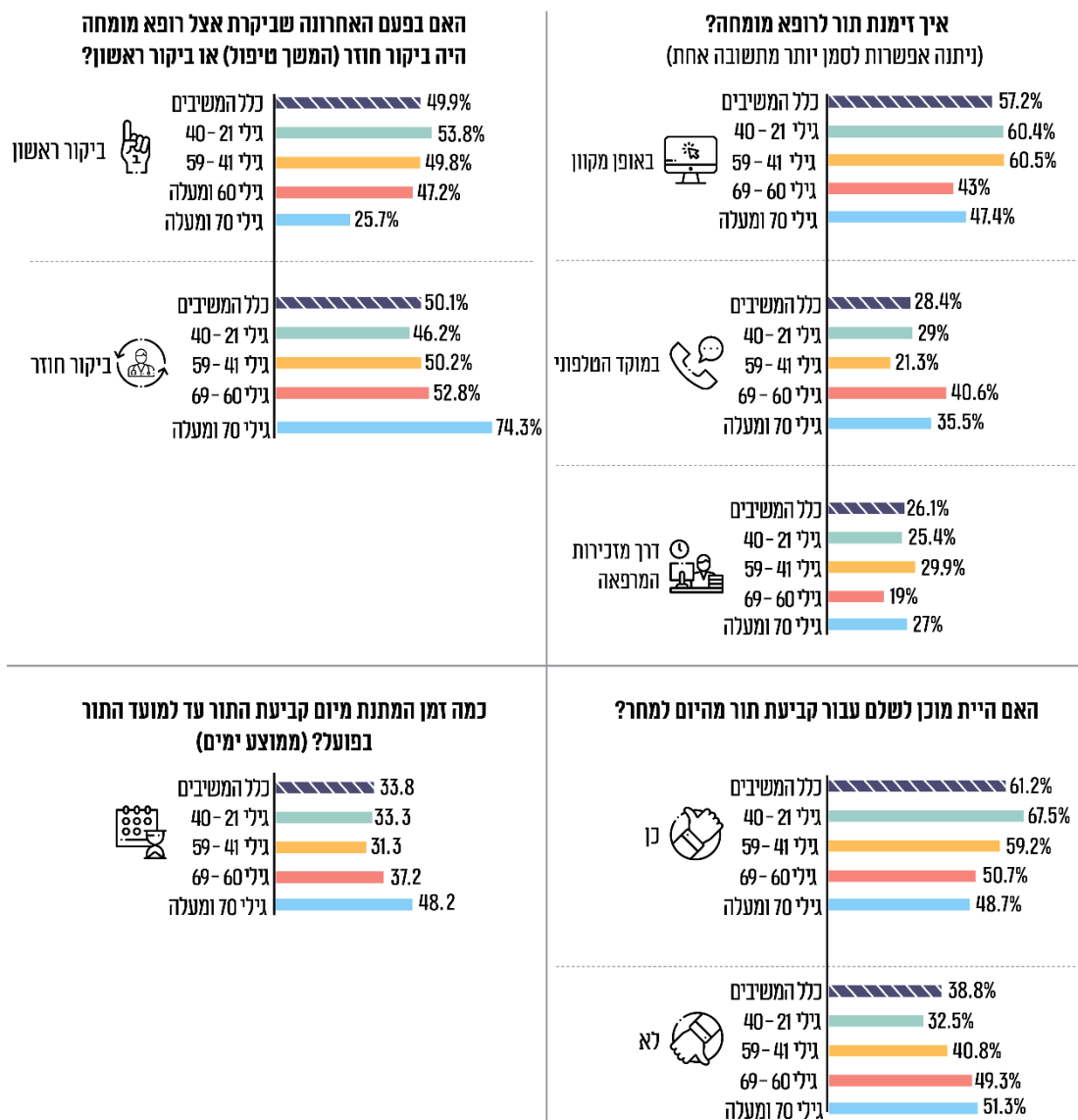


המתאם בין משתנים נבחרים לבין זמן ההמתנה לרפואה יועצת

המתאם בין גיל המטופל לזמן ההמתנה: אחד האתגרים החברתיים-כלכליים הגדולים שעימו מתמודדת מדינת ישראל הוא גידול בתוחלת החיים שמשמעה הזדקנות האוכלוסייה. עד שנת 2035 צפוי מספרם של בני ה-65 ומעלה לגדול במידה ניכרת ולהגיע ליותר מ-1.6 מיליון, קרוב ל-14% מכלל האוכלוסייה (לעומת 12% בשנת 2022).⁵²

אוכלוסיית בני הגיל השלישי מתאפיינת בשונות גדולה בנושאים רבים ביחס לקבוצות אוכלוסייה בגילים צעירים יותר, ובכלל זה ביכולות הפיזיות והקוגניטיביות, בכישורים, במיומנויות ובמידת העצמאות. הגידול בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה מביאים עמם גם הרחבה של תחלואה, בעיקר כזו המאפיינת גילים מבוגרים ובשל כך גידול בצריכת שירותי בריאות. להלן תרשים המציג את התפלגות התשובות למספר שאלות נבחרות מהסקר על פי גילי המשיבים.

תרשים 21: תשובות למקבץ שאלות מהסקר, לפי גיל המשיבים



על פי ממצאי הסקר האינטרנטי שנערך ביוני 2023 ביוזמת משרד מבקר המדינה.

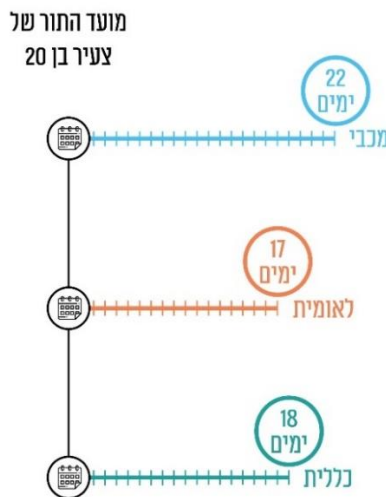


מהתרשימים עולה כי מבוטחי קופות החולים בני ה-70 ומעלה מזמנים יותר תורים באמצעות המוקד הטלפוני (כ-7 נקודות אחוז יותר מכלל המשיבים) ופחות באופן מקוון (כ-10 נקודות אחוז פחות מכלל המשיבים) ביחס למבוטחים בגילים צעירים (גילי 21-59). כמו כן בני ה-70 ומעלה מזמנים מעט יותר תורים באופן מקוון מבני 60 - 69 (כ-4 נקודות אחוז). עוד עולה כי מרבית הביקורים של בני ה-70 ומעלה הם ביקורים חוזרים אצל אותו רופא (בין 21.5 ל-28.1 נקודות אחוז יותר מקבוצות הגיל האחרות). אשר לנכונות לשלם עבור קביעת תור מהיום למחר, בסקר עלה כי הנכונות יורדת עם הגיל. כמו כן, בני 70 ומעלה השיבו כי הם ממתנינים זמן ארוך יותר בהשוואה למבוטחים בגילים צעירים (כ-14 ימים יותר בממוצע מכלל המשיבים).

ניתוח באמצעות רגרסיות ליניאריות של זמן ההמתנה : צוות הביקורת אסף את נתוני כלל התורים לרופאים מומחים של ארבע קופות החולים בשנים 2019 ו-2022 (כ-57.3 מיליון רשומות). הצוות ניתח באמצעות רגרסיות ליניאריות את נתוני 2022 של שלוש הקופות כללית, מכבי ולאומית⁵³ וזאת כדי לבדוק את פרק הזמן שבין המועד שבו המבוטח הזמין את התור למועד שבו התור נקבע. בין המשתנים שנבחנו: האם מדובר בחולה כרוני, הכנסה, גיל, שיעור החרדים ביישוב, מספר התושבים ביישוב, המחוז, מגדר ועוד (פירוט על אודות ניתוח אורכי התורים וכלל המשתנים ראו בנספח א').

עלה מניתוח הנתונים, כי במרבית תחומי הרפואה שנבדקו נמצא קשר חיובי בין גיל המטופל לזמן ההמתנה - ככל שהמטופל מבוגר יותר ההמתנה לתור ממושכת יותר. כך למשל, באנדוקרינולוגיה, כל שנת גיל מעלה את משך זמן ההמתנה הממוצע ב-0.3 יום בכללית, ב-0.36 יום במכבי וב-0.29 יום בלאומית. בתרשים שלהלן מוצגת דוגמה לפער בזמן ההמתנה החזוי לרופא אנדוקרינולוג, שחושב בהתבסס על נתוני הרגרסיות, בין מטופל בגיל 20 למטופל בגיל 80, בקופות חולים מכבי, לאומית וכללית⁵⁴.

תרשים 22 : זמן ההמתנה החזוי לרופא אנדוקרינולוג בין מטופל בגיל 20 למטופל בגיל 80 בקופות חולים מכבי, לאומית וכללית



○ חוספת ימים לתור של מבוגר בן 80 ביחס לצעיר בן 20

מתוך נתוני קופות חולים מכבי, לאומית וכללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

⁵³ לא בוצע ניתוח רגרסיות על נתוני מאוחדת כיוון שהנתונים שהתקבלו לא אפשרו טיובם באופן מספק לצורכי ניתוח הרגרסיות.

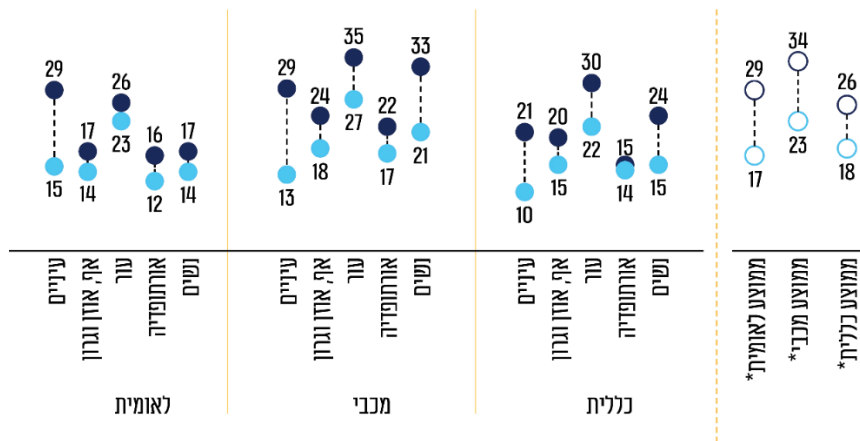
⁵⁴ בנספח א' ניתן לראות כי המתאם בין גיל מבוגר לזמן המתנה ארוך אינו רק בתחום האנדוקרינולוגיה. למעשה, בכל התחומים שנבדקו בכללית נמצא קשר ישיר ומובהק סטטיסטית בין גיל המטופל ומשך זמן ההמתנה, כך גם בכל התחומים שנבדקו בלאומית, למעט אף, אוזן וגרון, ובכל התחומים שנבדקו במכבי למעט אורתופדיה, אף, אוזן וגרון וגריאטריה. יצוין כי בין שאר משתני הבקרה ברגרסיות יש גם משתנה "חולה כרוני". על כן, המתאמים המובהקים סטטיסטית בין שנת גיל ומשכי זמן ההמתנה, כפי שמוצג ברגרסיות הם בניכוי ההשפעה של "חולה כרוני".



מהתרשים עולה כי מבוגר בן 80 ימתין בתור לאנדוקרינולוג 18 ימים יותר מצעיר בן 20 בקופת חולים כללית, 22 יום יותר במכבי ו-17 יום יותר בלאומית⁵⁵.

בתרשימים שלהלן מוצג הפער (בימים) בין זמן ההמתנה הממוצע לתור של מבוטחים בני 70 ומעלה וזמן ההמתנה לתור של מבוטחים בגילי 20 - 30 בחמש ההתמחויות השכיחות ובתחומים נבחרים נוספים בקופות חולים כללית, מכבי ולאומית.

תרשים 23: הפער בין זמן ההמתנה הממוצע לתור של מבוטחים בני 70 ומעלה לזמן ההמתנה הממוצע לתור של מבוטחים בגילי 20-30, בחמש ההתמחויות השכיחות קופות חולים כללית, מכבי ולאומית (בימים)



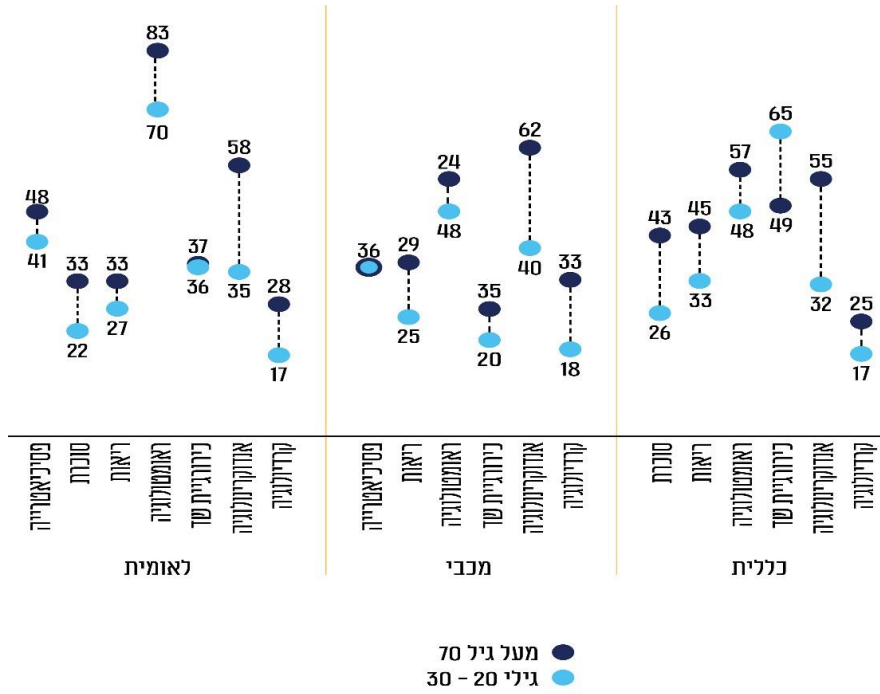
● מעל גיל 70
● גילי 20 - 30

* הממוצע מתייחס לכלל תחומי ההתמחות של רפואה יועצת (לא רק של חמשת התחומים השכיחים). על פי נתוני קופות חולים ובעיבוד משרד מבקר המדינה.

⁵⁵ החישוב (בקופת חולים כללית): $(80 - 20) \times 0.3 = 18$.



תרשים 24: הפער בין זמן המתנה הממוצע לתור של מבוטחים בני 70 ומעלה לבין זמן המתנה לתור של מבוטחים בגילי 20-30, בתחומים נבחרים נוספים בקופות חולים כללית, מכבי ולאומית (בימים)



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מנתוני התרשימים עולה כי בממוצע זמן המתנה לתור של בני 70 ומעלה ארוך מזה של בני 20-30, בכל התחומים שנבדקו בשלוש קופות החולים (למעט בכירורגית שד בכללית שם התורים קצרים יותר לבני 70 ומעלה וכן בפסיכיאטריה במכבי שם זמן המתנה שווה בגילים המבוגרים והצעירים). זמן המתנה של בני 70 ומעלה ארוך יותר, במיוחד בתחום האנדוקרינולוגיה. כך למשל, בשלוש הקופות, בני 70 ומעלה ממתינים בממוצע בין 55 ל-62 ימים לעומת בני 20-30 שממתינים בממוצע בין 32 ל-40 ימים.

קביעת תורים לרפואה יועצת מחוץ ליישוב המגורים כתלות בגיל המבוטח ביישובי הפריפריה: צוות הביקורת בחן את התלות בין הצורך בהתניידות של המבוטחים ונכונותם לקבוע תור מחוץ ליישוב מגוריהם, בדגש על יישובי הפריפריה, לבין גילם. לשם כך נבחנו התפלגות הגילים של מזמיני התורים לרפואה יועצת אשר מתגוררים ביישובים הפריפריאליים וקבעו תורים במרפאות ביישובי מגוריהם ומחוצה להם.

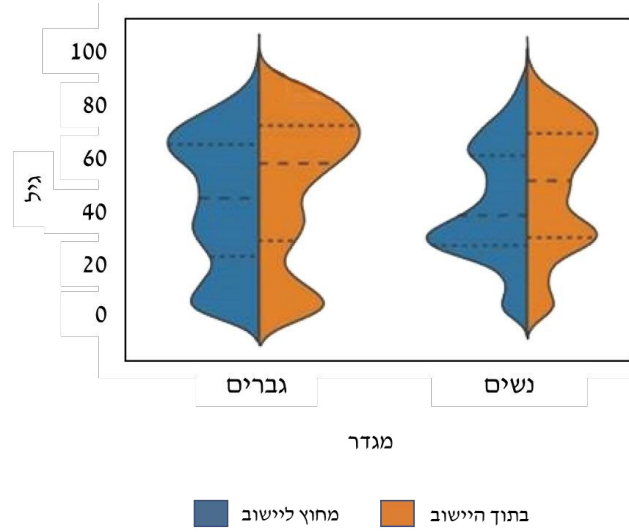
נבדקה התפלגות המיקום הגיאוגרפי של התורים לרופאים מומחים - אם בתוך היישוב או אם מחוצה לו, שקבעו מבוטחי קופת חולים כללית המתגוררים באופקים ובקצרים ומבוטחי קופת חולים לאומית המתגוררים באופקים ובקריית שמונה בשנת 2022.

מניתוח הנתונים (באמצעות רגרסיות) של ארבעת המקרים עלה⁵⁶ שככל שגיל המבוטח גבוה יותר, כך ההסתברות שיקבע תור בתוך יישוב מגוריו עולה. להלן התרשימים המדגימים ממצא זה:

⁵⁶ מובהק, רמת ביטחון של 99%.

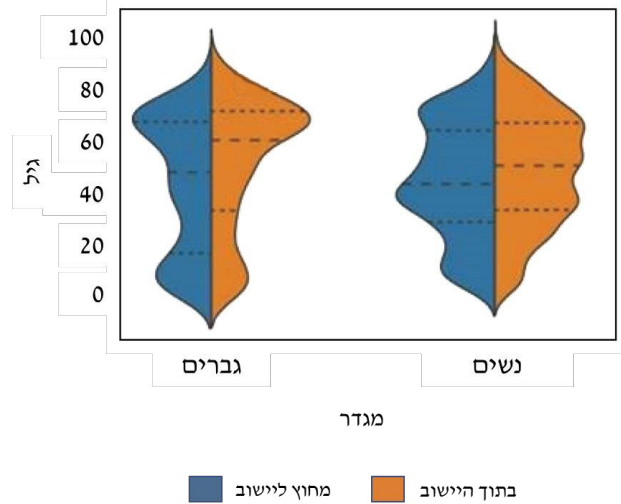


תרשים 25 : התפלגות התורים שקבעו מבוטחי כללית הגרים באופקים במרפאות בעיר ומחוצה לה, לפי גיל ומגדר של המבוטחים, 2022



---חציון רביע על פי נתוני קופת חולים כללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

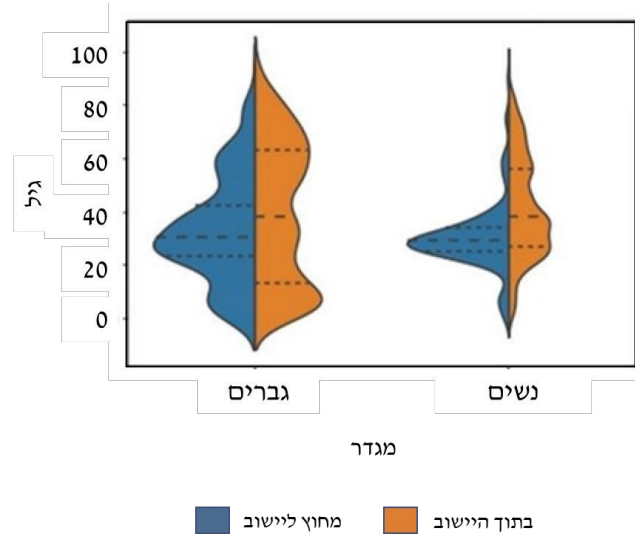
תרשים 26 : התפלגות התורים שקבעו מבוטחי כללית הגרים בקצרין במרפאות בעיר ומחוצה לה, לפי גיל ומגדר של המבוטחים, 2022



---חציון רביע על פי נתוני קופת חולים כללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

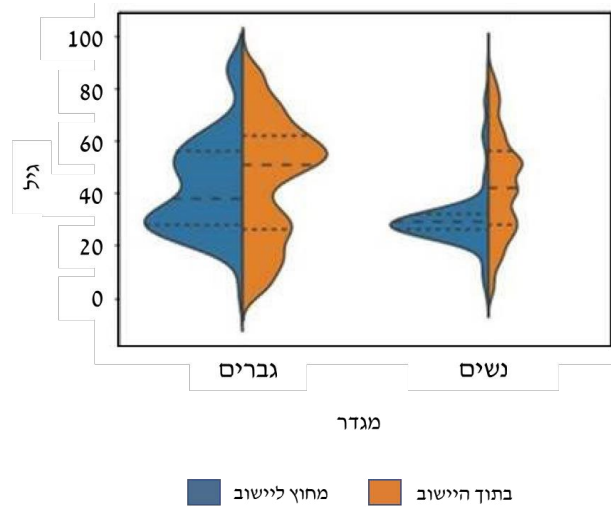


תרשים 27 : התפלגות התורים שקבעו מבוטחי לאומית הגרים באופקים במרפאות בעיר ומחוצה לה, לפי גיל ומגדר של המבוטחים, 2022



---חציון רביע
 על פי נתוני קופת חולים לאומית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

תרשים 28 : התפלגות התורים שקבעו מבוטחי לאומית הגרים בקריית שמונה במרפאות בעיר ומחוצה לה, לפי גיל ומגדר, 2022



---חציון רביע
 על פי נתוני קופת חולים לאומית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מנתוני התרשימים עולה כי בקופת חולים כללית ביישובים אופקים וקצרין ובקופת חולים לאומית ביישובים אופקים וקריית שמונה, הן בקרב גברים והן בקרב נשים, הגיל החציוני והגיל באחוזון 75, גבוה יותר בקרב אלו שקבעו את התור בתוך היישוב מאשר אלו שקבעו את התור מחוץ ליישוב. כלומר, עיקר התורים לרופאים שהזמינו מבוטחים מבוגרים היו בתוך יישוב מגוריהם בשונה ממבוטחים צעירים יותר. כך למשל, 25% מקרב התורים לנשים בקופת חולים לאומית בקריית שמונה נקבעו בתוך היישוב על ידי בנות 55 ומעלה ולעומת זאת 75% מהתורים מחוץ ליישוב נקבעו על ידי בנות 30 ומטה.

על מנת לוודא שההבדל בגילי המבוטחים שקבעו את התור בתוך היישוב לאלו שמחוץ ליישוב הינו מובהק ואינו סטייה סטטיסטית מקרית צוות הביקורת בחן באמצעות רגרסיות את ארבעת



המקרים לעיל. בכל תוצאות הרגרסיות, נמצא הבדל מובהק שמשמעותו⁵⁷ שכלל שגיל המבוטח גבוה יותר, כך ההסתברות שיקבע תור בתוך יישוב מגוריו עולה.

על מנת להנגיש את שירותי הרפואה היועצת לאוכלוסייה המבוגרת שמוגבלת בניידות מומלץ כי משרד הבריאות וקופות החולים יתנו עדיפות בקביעת תורים בתוך היישוב לאוכלוסייה המבוגרת בין בקביעת מכסות ובין בדרך אחרת.

מתאמי שירות בקהילה

חוזר סמנכ"ל משרד הבריאות לקופות החולים מיולי 2022⁵⁸ (להלן - חוזר מתאמי שירות בקהילה) מגדיר את תפקיד מתאם שירות כעובד המועסק על ידי קופת החולים לצורך הנגשת השירותים הרפואיים בקהילה או בבתי החולים לאוכלוסיות הנזקקות לשירותים אלו. בחוזר גם נקבע כי על השירות להינתן באופן שוויוני לכלל האוכלוסיות אשר להן רמת נגישות נמוכה לאמצעים דיגיטליים או שהן נדרשות להתאמה לשונית ותרבותית, כגון קשישים, עולים חדשים, אנשים עם מוגבלות, האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה החרדית. על מתאמי השירות חל איסור מוחלט להקדים תורים שלא על בסיס רפואי. עוד נקבע בחוזר כי משרד הבריאות יבצע בקורות תקופתיות על יישום ההוראות המופיעות בו, ויפעיל אמצעי אכיפה בהתאם לסמכותו כנגד כל קופה אשר תחרוג מהוראות אלו.

משרד מבקר המדינה בדק את פעילות מתאמי שירות בקהילה בשלושת הקופות מכבי, מאוחדת וכללית ולהן הפירוט:

מתאמי שירות במכבי: קופת חולים מכבי מעסיקה 49 מתאמים, ביישובים עם ריכוז חרדי גבוה. הקופה הגדירה את תפקיד מתאמי השירות כמובילי שירות בחברה החרדית. מתאמי השירות מטפלים בכלל הגילים, ללא מיקוד מיוחד בקשישים.

מתאמי שירות במאוחדת: קופת חולים מאוחדת מעסיקה 61 מתאמי שירות אשר מספקים שירות לכל קבוצות הגיל, גם היא ללא מיקוד מיוחד בקשישים. על פי הקופה, מתאמי השירות נותנים מענה לאוכלוסיות הדורשות התאמה לשונית בערבית וביידיש. כמו כן, ניתן מענה נפרד לחסידיות ולזרמים שונים מתוך הבנת הצרכים והרגישות של הקהלים השונים.

מתאמי שירות בכללית: קופת חולים כללית מעסיקה 42 מתאמי שירות ביישובים עם ריכוז אוכלוסייה חרדית גבוה. הקופה החלה בפילוט במחוז דרום שכולל העסקה של 15 מתאמי שירות לצורך מתן מענה לאוכלוסיית הגיל השלישי.

יוצא אפוא כי אף על פי שבחוזר סמנכ"ל משרד הבריאות מיולי 2022 נקבע כי מתאמי השירות נדרשים לתת מענה לאוכלוסיות שלהן רמת נגישות נמוכה לאמצעים דיגיטליים, ביניהן אוכלוסיית הקשישים, עולים חדשים, אנשים עם מוגבלות, חברה ערבית וחברה חרדית בפועל מתאמי השירות בקופות פרוסים לרוב ביישובים בעלי גוון חרדי ומתמקדים במתן שירות לחברה זו.

לנוכח ממצאי ניתוח נתוני התורים לרפואה יועצת לשנת 2022, שעל פיו כאמור מטופלים שגילים 60 ומעלה ממתנינים בתור לרפואה יועצת זמן ארוך באופן ניכר וגם יכולת הניידות שלהם נמוכה יותר, מומלץ כי קופות החולים יודאו שמתאמי השירות יפעלו באופן פרו-אקטיבי בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי, כדי לצמצם את זמני המתנה שלהם בתורים ובמיוחד במרפאות שביישובים.

מובהק, רמת ביטחון של 99%.

57

חוזר סמנכ"ל מסי 3-2022 לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים בנושא "מתאמי שירות בקהילה - כללים והנחיות", 11.7.2022.

58

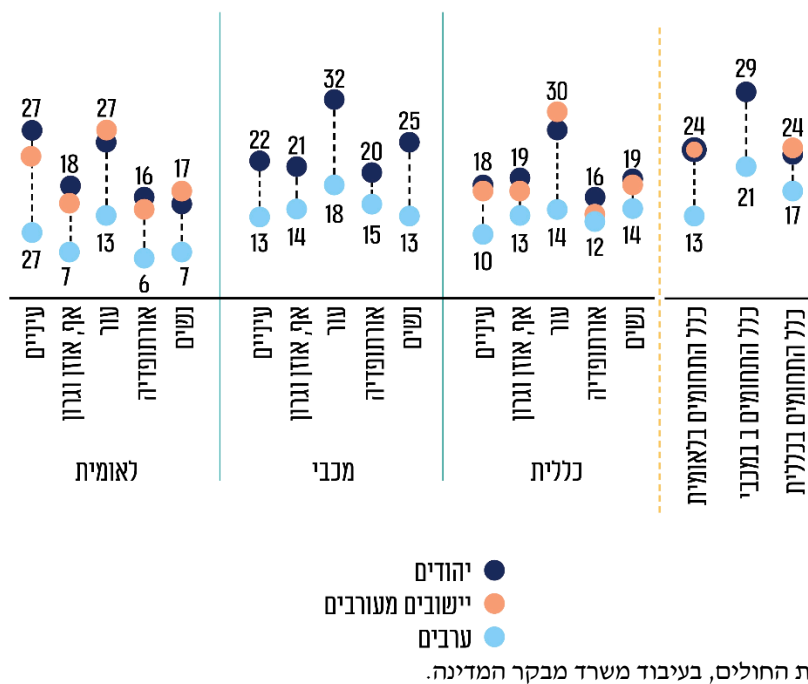


מומלץ גם שמשרד הבריאות וקופות החולים ייעדו תפקיד מתאמי שירות לאוכלוסייה המבוגרת (בדומה לפיילוט של קופת חולים כללית) כדי לתת שירות פרטני לאוכלוסייה זו וכך לשפר את איכות השירות שהם מקבלים ולקצר את זמני המתנה שלהם בתורים.

זמני המתנה הממוצעים לרפואה היועצת על פי אוכלוסיות

זמני המתנה בתורים לפי החברה ביישוב: להלן תרשימים המציגים את זמני המתנה הממוצעים לתורים רפואיים ביישובים הערבים, המעורבים והיהודים בקופות חולים כללית, מכבי ולאומית.⁵⁹

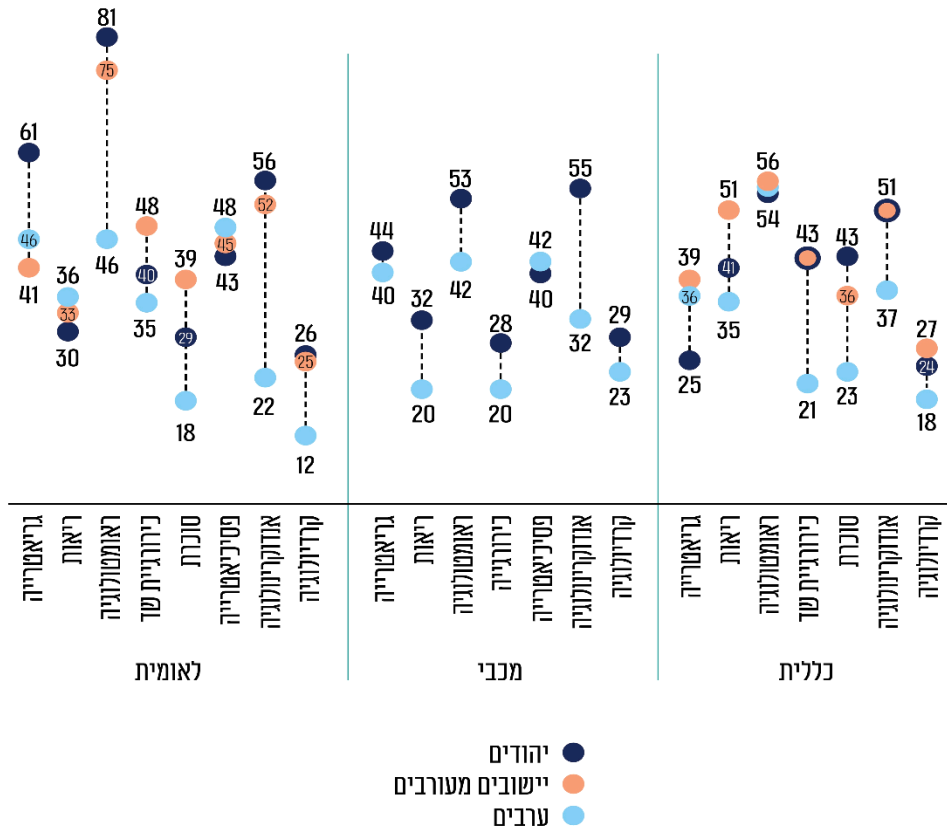
תרשים 29: זמני המתנה הממוצעים לתורים בחמש ההתמחויות השכיחות בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית, לפי החברה ביישוב, 2022



⁵⁹ בקופות החולים כללית ולאומית הגדרת האוכלוסייה היא על פי הגדרת היישוב בלמ"ס. בקופת חולים מכבי הגדרת האוכלוסייה היא על פי נתונים פנימיים של הקופה.



תרשים 30: זמני ההמתנה הממוצעים לתורים בתחומים נבחרים בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית, לפי החברה ביישוב, 2022



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מנתוני התרשימים עולה כי זמני ההמתנה ביישובים הערביים קצרים מזמני ההמתנה ביישובים המעורבים וביישובים היהודיים, למעט בתחומי הפסיכיאטרייה והגריאטרייה. כך למשל, בקופת חולים כללית זמן ההמתנה לאנדוקריןולוג קצר ביישוב ערבי ב-14 ימים מיישוב יהודי או מעורב, ובקופת חולים לאומית זמן ההמתנה לאנדוקריןולוג קצר ביישוב ערבי ב-34 ימים מיישוב יהודי ו-30 ימים מיישוב מעורב ובמכבי זמן ההמתנה לאנדוקריןולוג באזור שמוגדר ערבי קצר יותר ב-23 ימים מאשר מאזור שמוגדר יהודי.

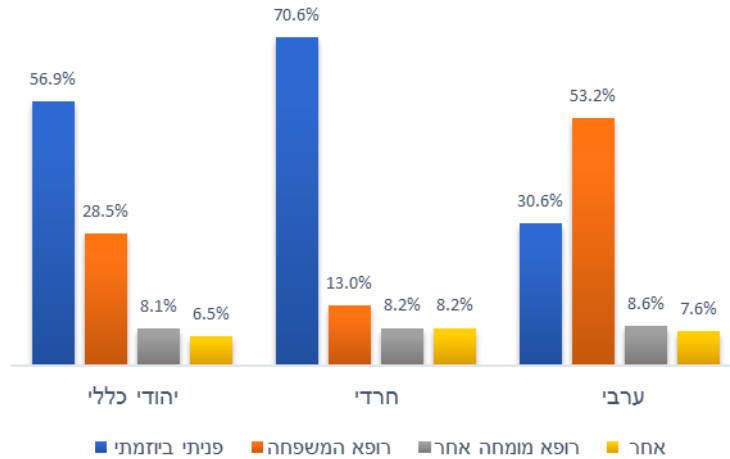
על מנת לוודא קשר מובהק סטטיסטית בין תמהיל האוכלוסייה ביישוב לבין משך זמן ההמתנה, וכי אין מדובר בסטייה סטטיסטית מקרית, בחן צוות הביקורת, באמצעות רגרסיה, משתנים אלו בהתייחס לנתוני שלוש קופות החולים שנבדקו. מתוצאות הרגרסיה (ראו נספח א') עולה⁶⁰ שכמעט בכל התחומים הרפואיים שנבדקו, זמן ההמתנה בתורים ביישוב ערבי או באזור ערבי הוא קצר יותר לעומת זה שביישובים או אזורים יהודיים או מעורבים (כל התחומים למעט גריאטרייה בכללית; פסיכיאטרייה וגריאטרייה במכבי; ריאות (מול יישוב יהודי), פסיכיאטרייה וגריאטרייה בלאומית).

הקשר בין פניה לרופא המשפחה טרם פנייה לרפואה יועצת לבין זמן ההמתנה לרופא מומחה - זמני המתנה קצרים בחברה הערבית: בסקר שערך משרד מבקר המדינה התבקשו המשיבים לענות לשאלות "מי המליץ לך לפנות לרופא מומחה בפעם האחרונה?", "האם פנית לרופא משפחה לצורך הקדמת התור?" ו"האם התור שקבעת היה באזור מגוריך?". התפלגות התשובות מופיעה בתרשימים שלהלן.

מובהק סטטיסטי.



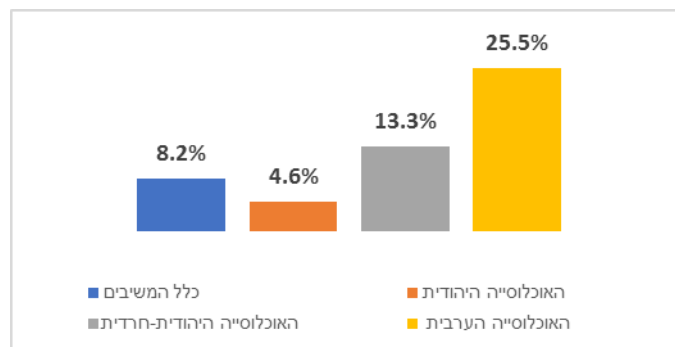
תרשים 31 : התשובה לשאלה "מי המליץ לך לפנות לרופא מומחה בפעם האחרונה?", לפי אוכלוסייה



על פי ממצאי הסקר האינטרנטי שנערך ביוני 2023 ביוזמת משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי בקרב המשיבים על הסקר בחברה הערבית כ-53% קיבלו המלצה מרופא המשפחה לפנות לרופא מומחה, בהשוואה לכ-13% באוכלוסייה החרדית ולכ-28.5% בשאר המשיבים. בקרב החברה היהודית והיהודית-חרדית הפנייה לרופא מומחה הייתה בעיקר ביוזמה אישית (56.9%-ו-70.6%).

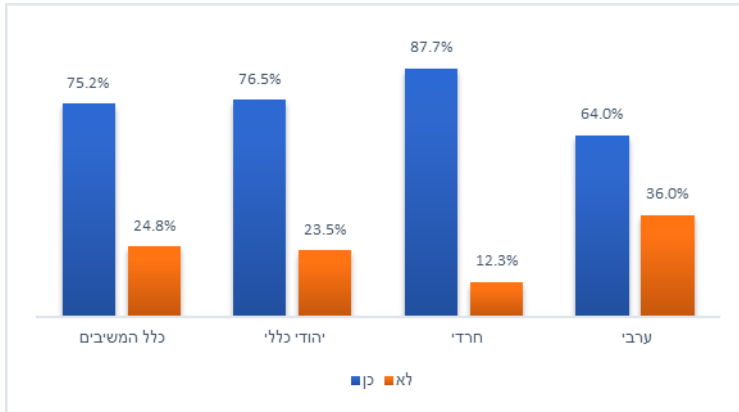
תרשים 32 : התפלגות התשובה לשאלה "האם פנית לרופא משפחה בכדי להקדים את התור?", לפי אוכלוסייה



מהתרשים עולה כי בקרב המשיבים על הסקר 25.5% מהמשיבים בחברה הערבית שרצו לקצר את התור פנו לרופא המשפחה בבקשה לעזרה, לעומת 8.2% מכלל המשיבים.



תרשים 33 : התשובה לשאלה "האם התור שקבעת היה באזור מגוריך", לפי אוכלוסייה



על פי ממצאי הסקר האינטרנטי שנערך ביוני 2023 ביוזמת משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי בקרב המשיבים על הסקר 36% מהחברה הערבית קבעו תור מחוץ לאזור מגוריהם (לעומת 24.8% מכלל המשיבים), והדבר יכול להצביע על הנכונות למצוא תורים גם מחוץ לאזור המגורים.

תשובות המשיבים על הסקר מצביעות על כך שבחברה הערבית הנטייה הגוברת היא להגיע לרופא מומחה בעקבות המלצה של רופא משפחה, דבר שיכול לעזור בקיצור זמן ההמתנה (ראו בפרק על הפניה לרפואה היועצת) וכן גם על האפשרות, שטרם הפנייה לרופא מומחה נעשתה פנייה לרופא המשפחה, שאפשר ונתן מענה רפואי מתאים ללא צורך בפנייה נוספת גם לרופא מומחה. עוד עולה מהתשובות שבחברה הערבית ישנה נכונות גבוהה יותר לקבוע תורים מחוץ לאזור מגוריהם בהשוואה ליתר המשיבים (חרדים ויהודים לא חרדים). ממצאים אלו עשויים להסביר באופן חלקי מדוע במסגרת ניתוח הנתונים נמצא מתאם בין יישובים ערביים לבין תורים קצרים יותר.

הקשר בין שיעור החרדים ביישוב לזמן ההמתנה לרפואה יועצת : צוות הביקורת ניתח את נתוני התורים באמצעות רגרסיות ליניאריות (ראו נספח א') בקופות חולים כללית ולאומית לפי שיעור החרדים ביישוב⁶¹ ובקופות חולים מכבי על פי נתוני הקופה⁶².

מניתוח הנתונים עולה כי במרבית התחומים בשלוש הקופות ככל ששיעור החרדים ביישוב גבוה יותר, זמני המתנה לרפואה יועצת קצרים יותר.

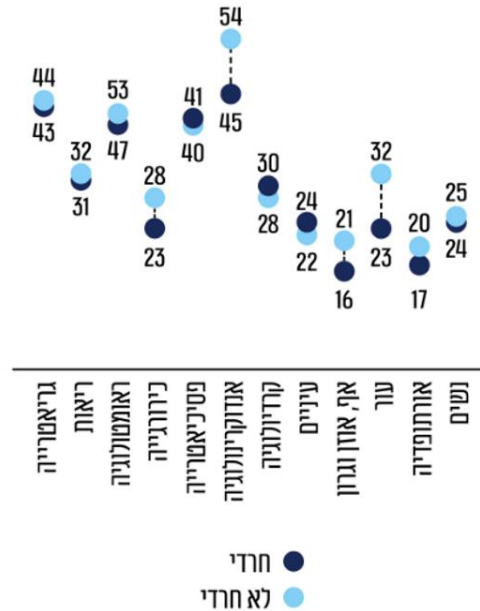
להלן תרשים המציג את זמני ההמתנה לפי אזור המגורים המוגדר כחרדי ולא חרדי בקופות חולים מכבי.

⁶¹ שיעור החרדים ביישוב נקבע על פי המכון החרדי למחקרי מדיניות. הניתוח בחן את המתאם בין שינוי נקודת אחוז אחת בשיעור החרדים ביישוב לבין משך זמן ההמתנה.

⁶² נתוני קופת חולים מכבי כללו נתון המשיך את אזור המגורים של המבוטח (שכונה/יישוב) לאחת מהקבוצות הבאות: יהודים - מגזר כללי, יהודים חרדים, יהודים דתיים, מגזר רוסי, חברה ערבית. על פי שיוך זה נערך הניתוח על האוכלוסייה החרדית בקופה.



תרשים 34 : זמני המתנה הממוצעים לתורים בחמש ההתמחויות השכיחות ובתחומים נבחרים נוספים בקופת חולים מכבי, לפי אוכלוסייה, 2022



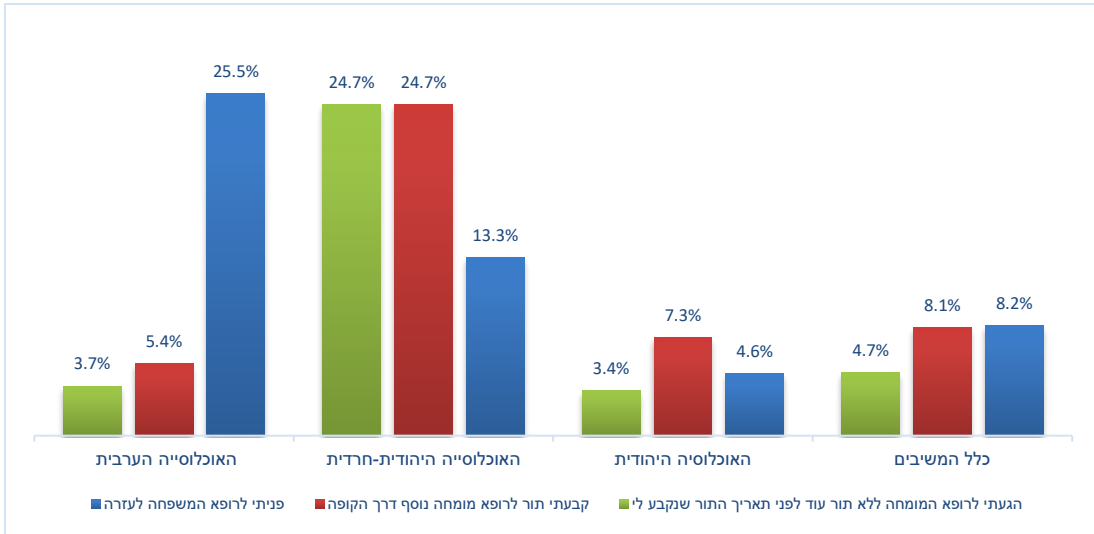
על פי נתוני קופת חולים מכבי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מנתוני התרשים עולה כי בקופת חולים מכבי, בחברה החרדית במרבית התחומים (9 מתוך 12), זמן המתנה לרפואה יועצת קצר יותר. כך למשל, זמן המתנה לרופא עור ולאנדוקריןולוג בחברה החרדית קצר בתשעה ימים מאשר בחברות אחרות (עור 23 ימי המתנה בממוצע בחברה החרדית לעומת 32 ימי המתנה בממוצע בקרב שאר המבוטחים, אנדוקריןולוגיה 45 ימי המתנה בממוצע בחברה החרדית לעומת 54 ימי המתנה בממוצע בקרב שאר המבוטחים).

על מנת לבחון סיבות אפשריות לתורים קצרים יותר ביישובים בהם שיעור האוכלוסייה החרדית גבוה יותר צוות הביקורת בחן את ממצאי הסקר אשר במסגרתו נשאלה השאלה "האם לאחר שקבעת את התור ניסית להקדים אותו". בקרב מי שענה בחיוב, נשאלה שאלת המשך "מה עשית כדי להקדים את התור" להלן בתרשים התפלגות התשובות.



תרשים 35 : התשובה לשאלה "מה עשית כדי להקדים את התור"⁶³, לפי אוכלוסייה



על פי ממצאי הסקר האינטרנטי שנערך ביוני 2023 ביוזמת משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי 24.7% מהמשיבים שהגדירו את עצמם חרדים ושצינו כי ניסו להקדים את התור קבעו תור לרופא מומחה נוסף באותו תחום⁶⁴ (לעומת מיעוט ביתר האוכלוסייה - 7.3% באוכלוסייה היהודית הלא חרדית ו-5.4% באוכלוסייה הערבית); עוד עולה כי 24.7% מהאוכלוסייה החרדית הגיעו לרופא מומחה בלי תור (לעומת מיעוט ביתר האוכלוסייה - 3.4% באוכלוסייה היהודית הלא חרדית ו-3.7% באוכלוסייה הערבית). ממצאים אלו יכולים לתת הסבר חלקי לכך שבמסגרת ניתוח הנתונים נמצא מתאם בין שיעור החרדים ביישוב לבין זמן המתנה קצר יותר לתורים.

היות שהגעה לרופא מומחה ללא קביעת תור מאריכה את זמן ההמתנה לכניסה לרופא של מבוטחים שקבעו מראש את התור, מומלץ שקופות החולים ינתחו את תופעת ההגעה לרופא מומחה ללא קביעת תור מבחינת היקפה, שכיחותה בקרב יישובים ומגזרי אוכלוסייה והשלכותיה על זמני ההמתנה בפועל לרופאים המומחים לרבות על מי שהזמין תור מראש.

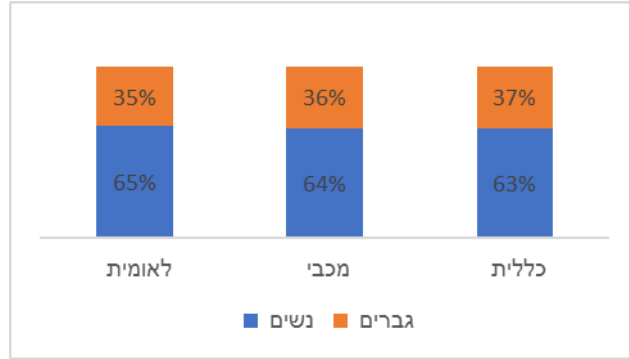
זמני ההמתנה הממוצעים לרפואה היועצת לפי מגדר

מניתוח הנתונים עולה כי בשלוש קופות החולים נשים זימנו יותר תורים מאשר גברים (התפלגות דומה בין הקופות) להלן בתרשים הנתונים לשנת 2022.

⁶³ מבין המשיבים על הסקר שצינו כי ניסו להקדים את התור. ניתן לענות על יותר מתשובה אחת.
⁶⁴ לאחרונה חסמו קופות החולים את האפשרות להזמין תור ליותר מרופא מומחה אחד מאותו תחום במקביל, אולם בעבר ניתן היה לעשות זאת.



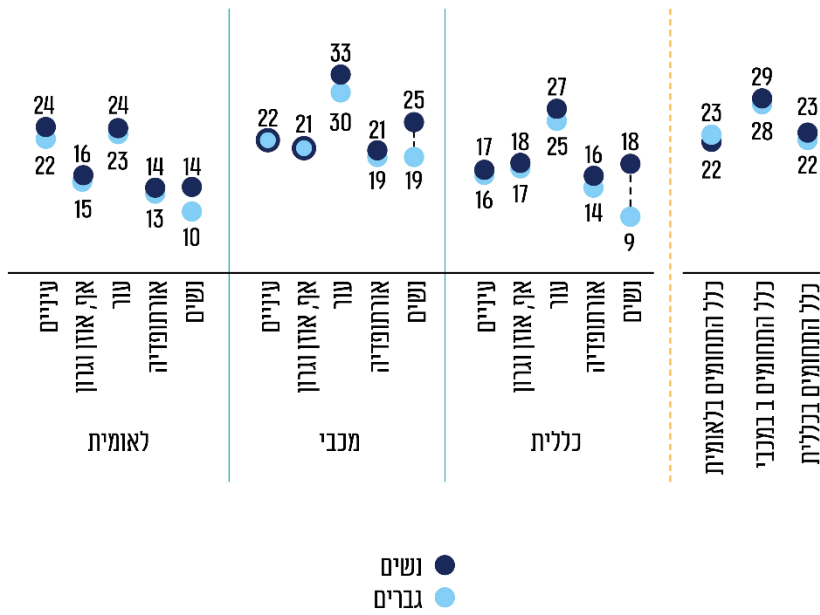
תרשים 36 : תורים בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית, לפי מגדר, בשנת 2022



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

להלן תרשימים המציגים את זמני ההמתנה לפי מגדר בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית.

תרשים 37 : זמן ההמתנה הממוצע לתורים בחמש ההתמחויות השכיחות בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית⁶⁵, לפי מגדר, 2022

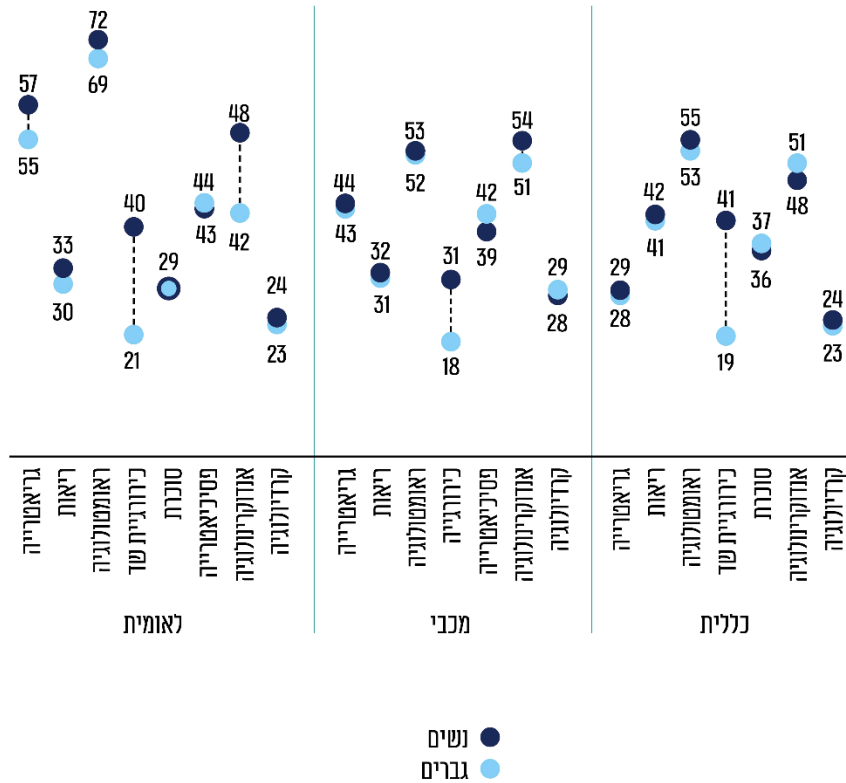


על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

⁶⁵ בקופות חולים לאומית נראה כי ללא הפרדה לתחומים - זמן ההמתנה של נשים קצר מזמן ההמתנה של גברים, אבל כאשר מסתכלים על התחומים השונים (למעט פסיכיאטריה) - התמונה הפוכה. הדבר נובע מכך שרפואת נשים היא תחום שכיח מאוד המתאפיין בתורים קצרים ביחס לשאר התחומים ובשיעור גבוה מאוד של נשים מטופלות.



תרשים 38 : זמן ההמתנה הממוצע לתורים בתחומים נבחרים בקופות חולים כללית, מכבי ולאומית, לפי מגדר, 2022



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשימים עולה כי מתוך 37 התחומים שנבדקו בשלוש הקופות, ב-32 תחומים זמן ההמתנה של גברים קצר מזמן ההמתנה של נשים וההפרש נע בין יום אחד ל-22 ימים. רק פסיכיאטרייה הוא תחום שבו זמן ההמתנה של נשים קצר באופן מובהק סטטיסטית מזה של גברים ביותר מקופה אחת (מכבי ולאומית).⁶⁶

על מנת לוודא קשר מובהק סטטיסטית בין המגדר לבין זמן ההמתנה, וכי אין מדובר בסטייה סטטיסטית מקרית, בחן צוות הביקורת באמצעות רגרסיה את הקשר בין משתנים אלו בהתייחס לנתוני שלוש קופות החולים. תוצאות הרגרסיה (ראו נספח א') הצביעו על כך שכמעט בכל התחומים שנבדקו בשלוש קופות החולים נמצא באופן מובהק כי לגברים אורכי תור קצרים לעומת נשים (כל התחומים למעט אף, אוזן וגרון, קרדיולוגיה ופסיכיאטרייה במכבי; פסיכיאטרייה בלאומית).



מהממצאים שהוצגו עולה כי קיים שוני רב בין קופות החולים במשכי ההמתנה לרפואה יועצת בהתמחויות שונות, אך מאחר שמשרד הבריאות לא הגדיר מדדים לזמינות השירות הרפואי בקהילה, קרי לא קבע מהו טווח הזמינות הרצויה והסבירה, לא ניתן לקבוע אם משך הזמן שיש להמתין עד לקבלת תור לבדיקה או טיפול בקהילה הוא סביר בהיבט השירותי וכל שכן להשוות בין זמני ההמתנה בקופות. חלק מהניתוחים בביקורת התאפשרו לביצוע רק בשלוש קופות החולים (כללית, מכבי ולאומית) ולא במאוחדת⁶⁷, לכן מומלץ כי משרד הבריאות ישלים בדיקה זו גם במאוחדת וכך תוצג תמונה שלמה ושקופה גם למבוטחי הקופה.

⁶⁶ נתוני כללית לא כללו נתונים על תחום הפסיכיאטרייה.

⁶⁷ ראו הערת שוליים מס' 10.



נמצא כי יש משתנים דמוגרפיים בהם גיל, מגזר ומגדר שמתואמים עם משכי המתנה לרפואה יועצת, אך משרד הבריאות והקופות לא בחנו עד כה את הנושא: כך נמצאו בבדיקת שלוש הקופות מאפיינים ייחודיים באשר לשירות הניתן לבני 70 ומעלה: ממוצע זמן ההמתנה לתורים בכלל התחומים לרפואה יועצת ארוך בכ-8 עד כ-12 ימים ביחס לזה של בני 20 - 30 (26 - 34 ימי המתנה לעומת 17 - 23 ימי המתנה בממוצע של שלוש הקופות). עולה מכך חשש לפגיעה ברמת השירות של קבוצת האנשים המבוגרים שעלולה להזיק להם; בני ה-70 ומעלה מזמנים יותר תורים באמצעות המוקד הטלפוני ופחות באופן מקוון ביחס למבוטחים בגילים צעירים יותר (גילי 21 - 59), דבר שעשוי לצמצם את מרחב האפשרויות המוצע להם לקביעת התור, למשל מפני שהמבוטח לא הצליח ליצור קשר מול המוקד הטלפוני או מפני שלא הייתה לו יכולת להתלבט אם להתרחק מעט ממקום מגוריו ובלבד שיקבל תור מוקדם יותר; נמצא גם שכלל שגיל המבוטח גבוה יותר, ובכלל זה בני ה-70 ומעלה, נטייתו לקבוע תור לרפואה יועצת מחוץ ליישוב שבו הוא מתגורר פחותה ויכולה להשפיע גם היא על זמן ההמתנה לתור.

אשר לזמני המתנה ביישובים הערביים, נמצא שאלו קצרים מזמני המתנה ביישובים המערביים וביישובים היהודיים (בכ-6 עד כ-11 ימים בקופות שנבדקו ובתחומים שנבדקו). לצד זאת נמצא שבחברה הערבית הנטייה הגוברת היא להגיע לרופא מומחה בעקבות המלצה של רופא משפחה.

אשר לחברה החרדית נמצא שככל ששיעור החרדים ביישוב גבוה יותר, זמני המתנה לרפואה יועצת קצרים יותר. לצד זאת נמצא גם שבחברה החרדית הייתה נטייה לקבוע תור לרופא מומחה נוסף באותו תחום (אפשרות שכבר נחסמה) כמו גם להגיע לרופא המומחה ללא תור וכן להסתייע במתאמי שירות.

כן עלה שכמעט בכל התחומים שנבדקו זמן ההמתנה של גברים קצר מזמן ההמתנה של נשים, כאשר מגמה הפוכה נמצאה בתחום הפסיכיאטריה בשתי הקופות שנבדקו וכללו נתונים על תחום הפסיכיאטריה.

מומלץ כי משרד הבריאות יקבע מדדים לסטנדרט זמינות השירות הרפואי בקהילה וכן יבחן בשיתוף קופות החולים את תוצאות ניתוח הנתונים שנעשה בביקורת ואת הסיבות לפערים שהתגלו במשכי המתנה לתורים. בפרט מומלץ שהם יבחנו את זמן ההמתנה לתורים באוכלוסיית הגיל השלישי ובכלל זה שישקלו: הקמת מוקד ייחודי או לפחות קביעת כללים ייחודיים במוקד לאוכלוסיית הגיל השלישי, הקצאת תורים עבורה לרבות מתן עדיפות לניצול של תורים שבוטלו וכן הצבת מתאמי שירות ייעודיים לאוכלוסייה זו.

אשר לפער שנמצא בהקשר המגדרי והעובדה שזמן ההמתנה של נשים לתור הוא ארוך כמעט תמיד מזה של גברים ונע בין יום אחד ל-22 ימים, מומלץ שמשרד הבריאות והקופות יעמיקו בבדיקת ממצא זה, יאתרו את הסיבות לכך וינתחו את האפקטיביות של קביעת התורים בפן המגדרי - למשל בהקשר של שינויים בתור שנקבע ככל שנעשו בהמשך, אם מדובר בהעדפה של רופא מומחה מסוים גם על חשבון הארכת זמן ההמתנה לתור אליו וכד'.

פעולות לקיצור ההמתנה לתורים בטווח הזמן הקצר והבינוני

על אף פעולות משרד הבריאות להגדלת היצע הרופאים, המחסור הקיים כיום ברופאים יחד עם פרישת רופאים לגמלאות, הזדקנות האוכלוסייה, יישום רפורמת יציב ומשך הזמן הנדרש להכשרת רופאים מומחים, עלולים להוביל בשנים הקרובות לצמצום ניכר במספר הרופאים בישראל ולפגיעה בזמינות שירותי הבריאות הניתנים לאוכלוסייה, ובכלל זה שירותי הרפואה היועצת. משמעות הדבר היא שנדרש ממשרד הבריאות לנקוט פעולות בטווח הקצר כדי להבטיח לכלל הפחות את רמת שירותי הרפואה היועצת כפי שפורטה לעיל. להלן יוצגו פעולות שבכוון להשפיע על רמת הזמינות של שירותי הרפואה היועצת ושאותן ניתן ליישם בטווח הקצר וזאת כפי שעלה מניתוח הנתונים שבוצע בביקורת.



הפניה לרפואה היועצת

מערכת הבריאות בישראל מתאפיינת במערך חזק של רפואה ראשונית הניתנת בעיקר מידי רופא משפחה בקופות החולים - בפריסה רחבה ובזמינות ואיכות טובות. למערך זה תרומה משמעותית ליכולת לקבל בישראל טיפול טוב, המשכי ומתוך ראייה כוללת, הן בבעיות נפוצות והן במצבים כרוניים, והוא ממלא תפקיד משמעותי בקידום בריאות האוכלוסייה כולה. פנייה לרופא ראשוני אינה כרוכה בתשלום וזמינות הרופאים היא גבוהה יחסית. במקרים מסוימים רופא ראשוני מפנה את המטופל לקבלת טיפול או ייעוץ אצל רופא שניוני (להלן - הפניה).

עם זאת, בחמש ההתמחויות השכיחות (נשים; אורתופדיה; עור; אף, אוזן וגרון; עיניים), שכאמור כוללות כ-70% מתוך כלל התורים לרפואה יועצת בקהילה, מקובלת פנייה ישירה לרופא ללא צורך בהפניה. עקרון הפנייה הישירה בתחומים אלה משותף לכל הקופות, ומקורותיו בהסדרים היסטוריים ותחרותיים ולא דווקא בייחוד של תחומים אלה בהשוואה לתחומים אחרים ברפואה היועצת בקופות החולים. יצוין כי הקופות מיישמות מדיניות שונה זו מזו בהקשר לדרישה להפניה לרופא שניוני ביתר תחומי הרפואה. בתחומים שבהם קבעה הקופה כי נדרשת הפניה, המבוטח לא יכול לקבל שירות מהרופא היועץ אם במערכת הממוחשבת של הקופה אין מכתב הפניה תקף מהרופא הראשוני.

לפי ההסדרים הקיימים כיום בכל קופות החולים, פנייה לרפואה היועצת כרוכה בתשלום השתתפות עצמית, בהתאם לגובה תעריפים ולכללי התחשבות המשתנים מפעם לפעם ומפורסמים אחת לשנה בידי משרד הבריאות. ההשתתפות העצמית היא בסכום נמוך המשתנה בין קופות החולים בכפוף להנחות ולתקרת גבייה⁶⁸.

התוצאה של מדיניות הפנייה הישירה היא שלא מעט מהמבוטחים פונים לרפואה שניונית אף על פי, שלפחות בחלק מהמקרים, יכלו לקבל טיפול במסגרת רפואה ראשונית, דבר שגורם לעומס נוסף על רופאים שניוניים⁶⁹.

הנושא עלה גם בשולחנות עגולים עם קבוצות רופאים מומחים מתחומים שונים שנערכו במסגרת הביקורת בשתי קופות חולים במחוז צפון⁷⁰. להלן ציטוט מדברי הרופאים בעניין ההפניות:

בתחום רפואת העור יש כל מיני בעיות שלא מחייבות בדיקה של רופא עור. רופא משפחה טוב היה יכול לפתור 50% מהן

מתוצאות סקר מבקר המדינה שהוצגו בתרשים 35 לעיל עולה ששיעור המשיבים מהמגזר הערבי אשר פונים לרופא משפחה בטרם פנייתם לרופא מומחה גבוה באופן משמעותי מזה שביתר האוכלוסייה (25.5% לעומת 4.6% באוכלוסייה היהודית הלא חרדית ו-13.3% באוכלוסייה היהודית-חרדית). בלי שהסיבתיות הוכחה, מניתוחי הנתונים עולה כי מספר התורים לרופאים מומחים אותם קובעים מטופלים מהמגזר הערבי נמוך באופן מובהק מזה שביתר האוכלוסייה.

קופת חולים לאומית מסרה בתשובתה ביולי 2024 (להלן - תשובת לאומית) כי מרבית רופאי המשפחה, בכלל קופות החולים, אינם מומחים לרפואת משפחה. במצב הקיים, רבים מרופאי

⁶⁸ סך ההשתתפות העצמית נע בין 27 ל-34 ש"ח לרבעון.

⁶⁹ הנושא נדון גם כנס ים המלח ה-21 ע"ש פרופי גור עופר, בתי חולים/קהילה: אתגרי הזירה המשתנה, דצמבר 2022.

⁷⁰ הביקורים נערכו בתאריכים 3-4.7.23. צוות הביקורת נפגש עם 21 רופאים מומחים וביקר במרפאות ובמרכז רפואי צפון.



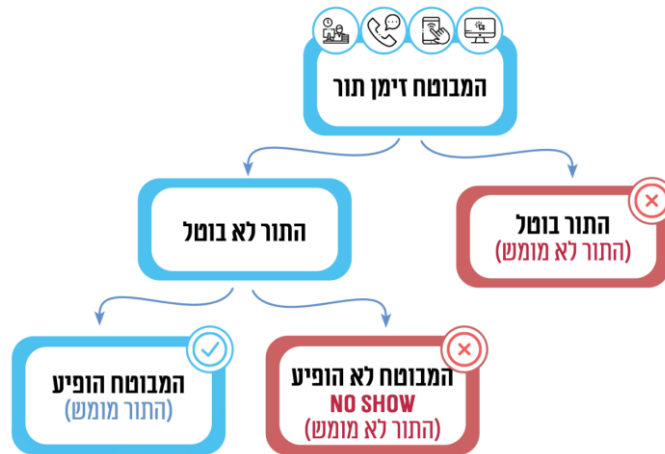
המשפחה אינם עוסקים בתחומי הפנייה הישירה, ולפיכך המיומנות שלהם נמוכה. כמצב ביניים, ממליצה קופת חולים לאומית כי בהתמחויות מסוימות יש להגביל את הפנייה הישירה על ידי סינון, לא פרונטלי, וניתוב מחדש. למשל, בראומטולוגיה, רוב הפניות לראומטולוג אינן מוצדקות ומיותרות, והתורים ארוכים מאוד. מיון מקדים של הפניות יכול מאוד ליעל מערך זה. קופת חולים מכבי מסרה בתשובתה כי נדרשים משאבים לחיזוק הרפואה הראשונית ולמניעת שחיקת הרופאים הראשוניים כדי למנוע הפניות מיותרות לרפואה יועצת. עוד ציינה קופת חולים מכבי כי כדאי לבחון ניתוב טיפול למקצועות פרה-רפואיים כקו ראשון.

עומס נוסף על רופאים שניוניים נגרם בשל מדיניות המאפשרת פנייה לרפואה יועצת ללא צורך בהפניה מרופא משפחה, וזאת אף על פי שלפחות בחלק מהמקרים יכלו הפונים לקבל טיפול במסגרת רפואה ראשונית. נוכח זמני ההמתנה הארוכים לרפואה יועצת שנמצאו כבר בעת הביקורת, ובהתחשב במחסור הקיים כיום ברופאים מומחים ובמגמת הגידול במחסור זה בטווח הקצר והארוך, וכן בהתחשב בתקופת ההכשרה הארוכה של רופאים מומחים, מומלץ כי משרד הבריאות, לאחר היוועצות עם קופות החולים, יבחן את הרחבת התחומים של הרפואה היועצת שבהם נדרשת הפנייה, לרבות חיזוק המיומנויות של הרפואה הראשונית ומיון מקדים של הפניות וניתובן מחדש, זאת כדי להבטיח את זמינות הרפואה היועצת בקהילה.

מימוש תור לרפואה יועצת בקהילה

חלק מהתורים שמטופלים מזמינים לרופא מומחה אינם מתממשים. משמע, אינם מסתיימים בביקור אצל רופא. הסיבות לאי-מימוש תור יכולות להיות: המטופל ביטל את התור, הרופא ביטל את התור, אי-הופעה לתור (NO SHOW) - מצב שבו מטופל אינו מגיע לתור מתוכנן שנקבע לו ולא מבטל אותו. הסיבות לאי-הופעה יכולות לנבוע, בית היתר, מכך שהמטופל ויתר על התור והלך במקום לרפואה פרטית או שהבעיה הרפואית נפתרה מעצמה או קבע תור לרופא מתחום קרוב או רופא משפחה.

תרשים 39 : תיאור תהליך מימוש תור שזומן

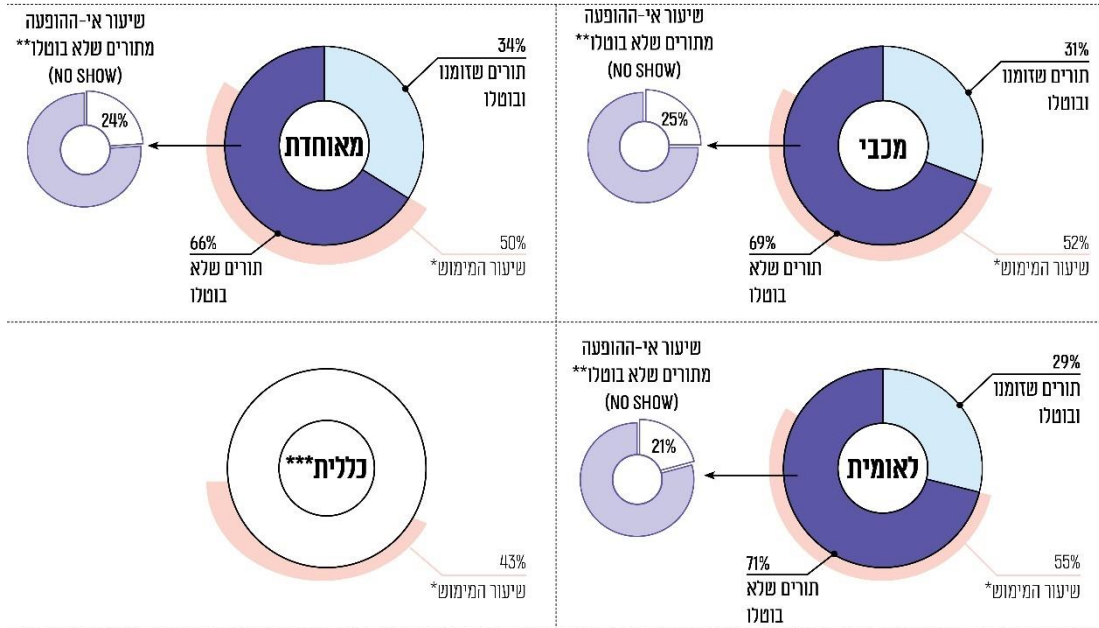


הוכן בידי משרד מבקר המדינה.

להלן תרשים המרכז את שיעור מימוש התורים בשנת 2022 בארבע קופות החולים; בנוגע לשלוש הקופות: מכבי, מאוחדת ולאומית מוצג גם שיעור התורים שזומנו ובוטלו או לא בוטלו, וכן שיעור אי-ההופעה מהתורים שלא בוטלו (NO SHOW).



תרשים 40 : שיעור מימוש התורים, לפי קופות החולים, 2022



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.
 * שיעור מימוש - אחוז התורים שהסתיימו בביקור מכלל התורים שהוזמנו
 ** שיעור אי-ההופעה - אחוז התורים שלא הסתיימו בביקור מכלל התורים שלא בוטלו
 *** מקופ"ח כללית - לא נתקבלו נתונים בעניין אי-ההופעה לתורים (NO SHOW).

מניתוח הנתונים שלעיל עולה כי יותר ממחצית מהתורים שנקבעו בארבע קופות לרפואה יועצת לא מומשו (52.5%), ושיעור ההופעה לתורים הגיע עד ל-76% מכלל התורים שלא בוטלו בקופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית היתר (24%) לא הופיעו לתור (NO SHOW). בהתחשב בכך שבסה"כ נקבעו בכל קופות החולים כ-21 מיליון תורים לרופאים מומחים בשנה, הרי שמדובר, בכ-3.5 מיליון תורים שלא בוטלו ושהמבוטח לא הגיע אליהם.

קופות החולים מכבי ולאומית ציינו בכל הנוגע לאי-הופעה של מבוטחים, כי הנתונים במערכת המידע שלהן אינם משקפים באופן מדויק את שיעורי אי-המימוש ואי-ההופעה לתורים בפועל. כמו כן מסרו הקופות כי הן פועלות כדי לטייב את הנתונים בתחום זה.

מומלץ כי קופות החולים יפעלו כדי לטייב את הנתונים במערכות המידע שלהן כך שהם יסקפו את היקף המימוש ואת ההופעה לתורים בפועל.

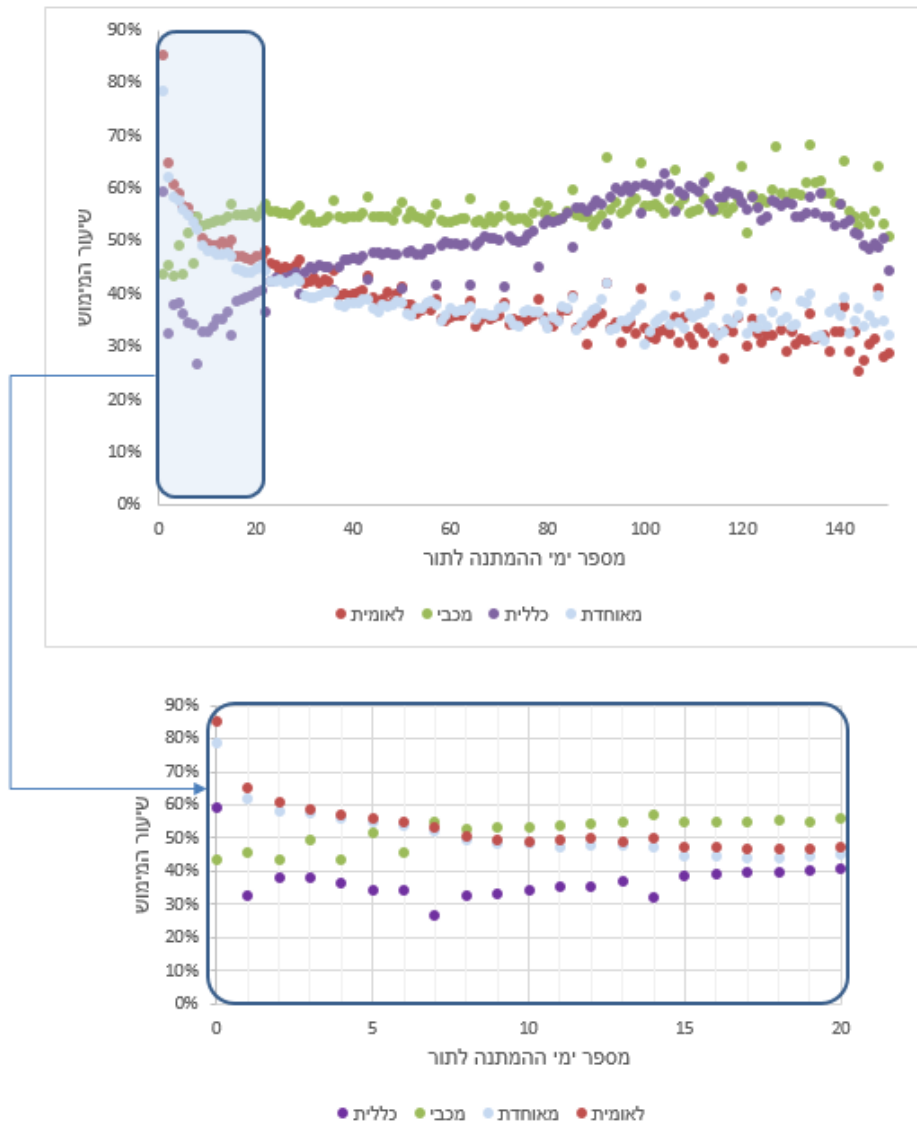
בתרשים שלהלן מוצגת התפלגות מימוש התורים ביחס לימי המתנה לתור בקופות החולים בשנת 2022.

71 ממוצע משוקלל.

72 ממוצע משוקלל.



תרשים 41: מימוש התורים ביחס לימי ההמתנה לתור ומיקוד בתורים שזמן ההמתנה בהם הוא עד 20 יום, לפי קופת החולים, 2022



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי ככלל, בתורים שהוזמנו עד 20 ימים לפני מועד התור, שיעור מימוש התורים בכללית נמוך ביחס לשלוש הקופות האחרות (פרט לתורים שנקבעו מהיום להיום שבהם שיעור המימוש במכבי הוא הנמוך ביותר). עוד עולה מהתרשים כי בקופת חולים לאומית שיעור מימוש התורים לרופא מומחה, שהוזמנו עד 6 ימים לפני המועד, היה גבוה ביחס לקופות החולים האחרות. כך לדוגמה, רק כ-15% מהתורים שנקבעו ביום הביקור בקופת חולים לאומית לא מומשו, בעוד שבקופות החולים מאוחדת, כללית ומכבי היה שיעור זה כ-22%, 41% ו-56% בהתאמה. יצוין כי שיעור התורים שאינם ממומשים עולה משמעותית בתורים שנקבעו יום לפני הביקור, לכ-35% בלאומית, כ-38% במאוחדת, כ-67% בכללית, וכ-54% במכבי. משמעות שיעורי אי-מימוש גבוהים של תורים שנקבעו בטווחי זמן קצרים או ביום הביקור עצמו היא צמצום האפשרות של קופות החולים לממש תורים אלה עבור מטופלים אחרים.



על פי ניתוח נתוני התורים שערך משרד מבקר המדינה, אילו בתורים שהוזמנו עד 10 ימים לפני מועד הביקור היו שיעורי המימוש במכבי ובכללית דומים לשיעור המימוש בלאומית, היו מתווספים עוד כ-2.2 מיליון תורים ממומשים לרופאים מומחים בקהילה⁷³.

כמו כן, בהכללה ניתן לומר כי לגבי התורים שהוזמנו יותר מ-40 יום לפני הביקור שיעור המימוש יותר גבוה בקופות הגדולות (כללית ומכבי) ביחס לשיעור המימוש בקופות הקטנות (מאוחדת ולאומית).

מומלץ כי משרד הבריאות, יחד עם מאוחדת ולאומית, יאתרו את הסיבות לשיעורי המימוש הנמוכים בקופות אלו בתורים שהוזמנו זמן רב מראש לפני הביקור (מעל 40 יום) ויפעלו לצמצום שיעור זה. עוד מומלץ כי משרד הבריאות, יחד עם ארבע קופות החולים, יאתרו את הסיבות לפערים בין קופות החולים במימוש התורים שהוזמנו עד 10 ימים לפני הביקור ויקדמו מול הקופות פעולות שיביאו לצמצום השיעור הזה.

אי-הופעה לתור - NO SHOW

כאמור, אי-הופעה לתור ("NO SHOW") היא מצב שבו מטופל אינו מגיע לתור מתוכנן שנקבע לו. את התור המבוזבז אי-אפשר להעביר למטופלים אחרים, והדבר מוביל להוצאות מיותרות ולבוזבז של משאבים כלכליים, כוח אדם ותשתיות. אי-הופעה היא תופעה נפוצה במערכת הבריאות כולה, ובין היתר גם ברפואה היועצת, הנמצאת כאמור במחסור של זמינות תורים ושל כוח אדם - רופאים מומחים⁷⁴.

משרד מבקר המדינה ניתח את נתוני התורים לשנת 2022 של קופות חולים מכבי, מאוחדת ולאומית⁷⁵, כדי לבחון את ההסתברות לאי-הופעה של מטופל לתור שהזמין ביחס למשך הזמן שהוא נדרש להמתין לו. להלן בתרשים שיעור אי-ההופעה לתורים ביחס למשך ההמתנה לתור (בימים).

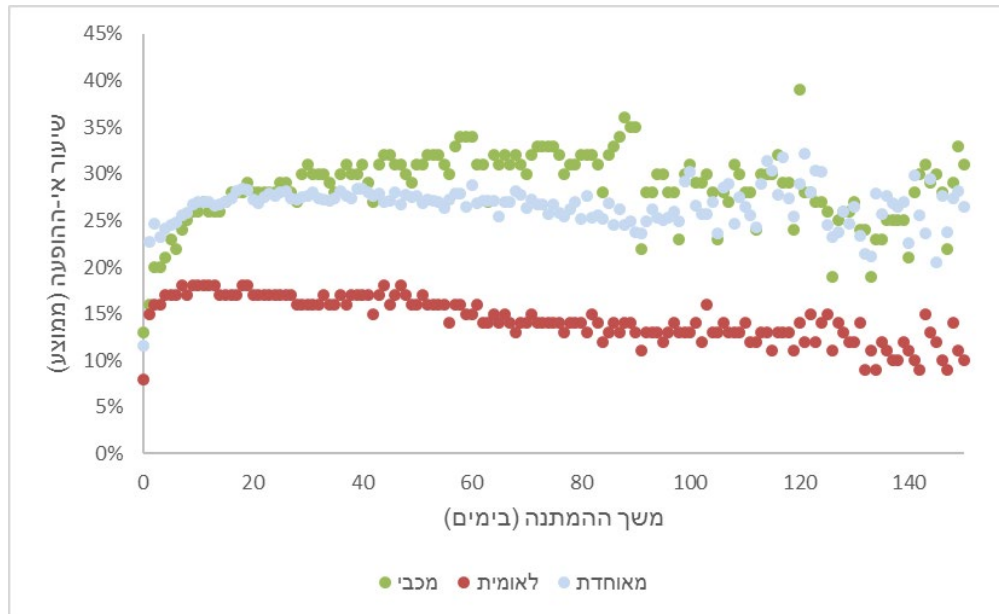
⁷³ ייתכן שחלק מקופות החולים קובעות יותר תורים מקיבולת שעות הטיפול שמציעים הרופאים. הדבר עשוי להפחית את הנתון של מספר התורים הלא ממומשים בפועל.

⁷⁴ חברת קיימא, צמצום אי-ההופעה לתורים: פתרונות וכלים התנהגותיים, דוח התקדמות ותוצאות הפיילוט, 2018.

⁷⁵ מקופ"ח כללית - לא נתקבלו נתונים בעניין אי-ההופעה לתורים (NO SHOW).



תרשים 42 : שיעור אי-הופעה לתורים ביחס לזמן ההמתנה לתור בקופות החולים מכבי, לאומית ומאוחדת, 2022



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי בקופת חולים לאומית, בתורים שהוזמנו ביום הביקור (0 ימי המתנה) היה שיעור אי-ההופעה כ-8%, בתורים שהוזמנו יום לפני הביקור (יום המתנה אחד) היה שיעור אי-ההופעה כ-15% ובתורים שהוזמנו בטווח של עד 10 ימים מיום הביקור היה השיעור כ-18%. במשכי המתנה ארוכים יותר מ-10 ימים היה שיעור אי-ההופעה במגמת ירידה.

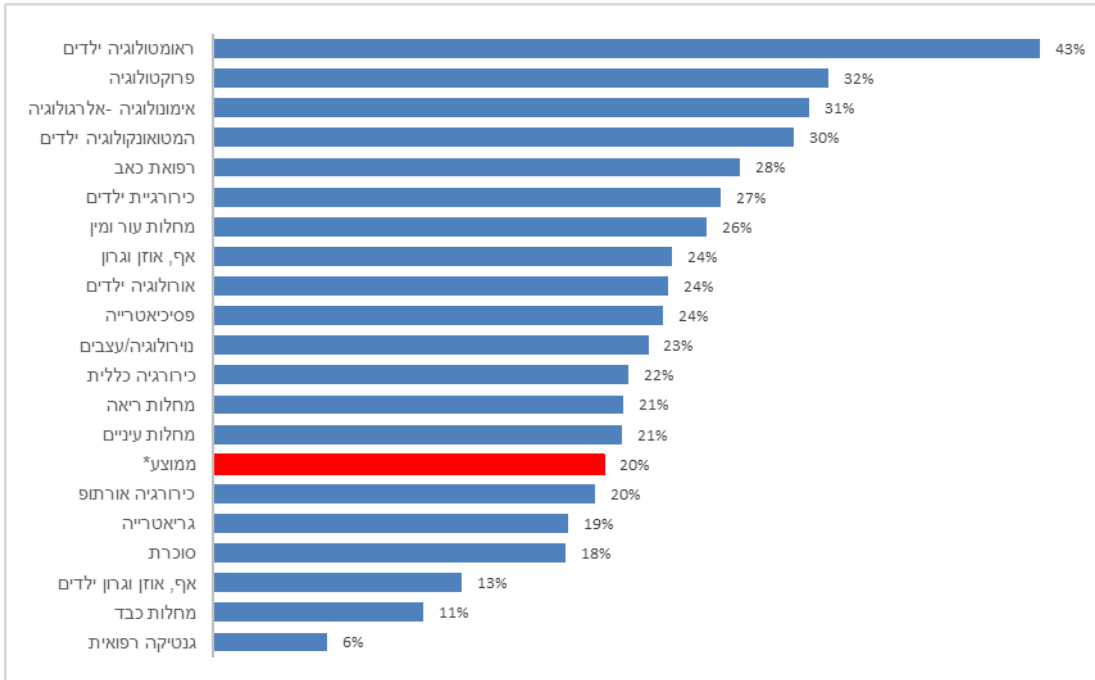
עוד עולה כי בקופת חולים מאוחדת, בתורים שהוזמנו ביום הביקור (0 ימי המתנה) היה שיעור אי-ההופעה כ-12%, בתורים שהוזמנו יום לפני הביקור (יום המתנה אחד) היה שיעור אי-ההופעה כ-23%, ובתורים שהוזמנו בטווח של 20 ימים ואילך היה השיעור כ-27%.

בהתייחס לקופת חולים מכבי עולה כי בתורים שהוזמנו ביום הביקור (0 ימי המתנה) היה שיעור אי-ההופעה כ-13%, בתורים שהוזמנו יום לפני הביקור (יום המתנה אחד) היה שיעור אי-ההופעה כ-16%, בתורים שהוזמנו יומיים לפני הביקור היה שיעור אי-ההופעה כ-20% ובתורים שהוזמנו כחודש ומעלה לפני הביקור היה השיעור כ-30%. כלומר, במכבי ככל שהתור לרופא מומחה נקבע במועד רחוק יותר מיום הביקור, כך עלה הסיכוי שהמטופל לא יגיע אליו.

משרד מבקר המדינה ניתח את הקשר בין תחומי ההתמחות של הרופאים בקופות החולים לאומית ומכבי לבין שיעור אי-ההופעה לתורים בשנת 2022 כמוצג להלן:



תרשים 43: שיעור אי-ההופעה לתורים בתחומים נבחרים בקופת חולים לאומית, 2022

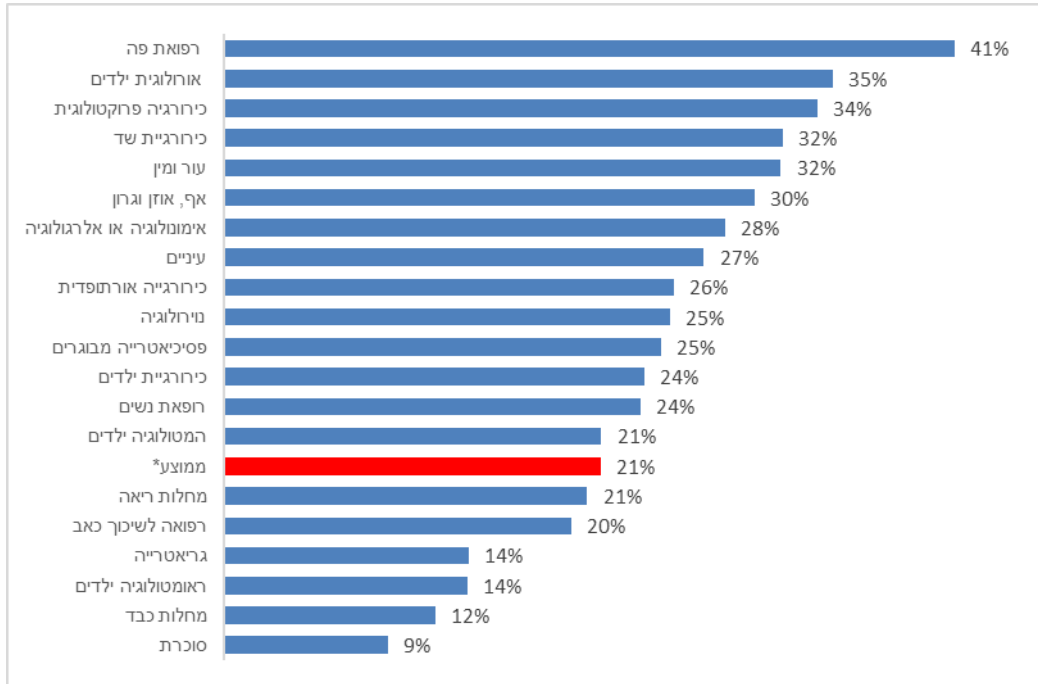


על פי נתוני קופת חולים לאומית, בעיבוד משרד מבקר המדינה. * הממוצע בתרשים הינו ממוצע המקצועות (לא ממוצע משוקלל) וכולל את כלל המקצועות, לרבות מקצועות שאינם מוצגים בתרשים.

מהתרשים עולה כי בלאומית שיעור אי-ההופעה הממוצע בכלל התחומים הוא כ-20%. כמו כן, יש תחומים שבהם שיעור אי-ההופעה גבוה באופן ניכר מתחומים אחרים, בהם ראומטולוגיה ילדים (43%) ופרוקטולוגיה (32%) ואימונולוגיה - אלרגולוגיה (31%). לעומת זאת שיעור אי-ההופעה הוא נמוך במיוחד בגנטיקה רפואית (6%), מחלות כבד (11%) ואף, אוזן וגרון בילדים (13%).



תרשים 44: שיעור אי-ההופעה לתורים בתחומים נבחרים בקופת חולים מכבי, 2022



על פי נתוני קופת חולים מכבי, בעיבוד משרד מבקר המדינה. * הממוצע בתרשים הינו ממוצע המקצועות (לא ממוצע משוקלל) וכולל את כלל המקצועות, לרבות מקצועות שאינם מוצגים בתרשים.

מהתרשים עולה כי במכבי שיעור אי-ההופעה הממוצע בכלל התחומים הוא כ-21%, זומה לזה שבלאומית - 20%. גם במכבי ישנם תחומים שבהם שיעור אי-ההופעה גבוה באופן ניכר מתחומים אחרים, בהם רפואת פה (41%), אורולוגיית ילדים (35%) ופרוקטולוגיה (34%). לעומת זאת שיעור אי-ההופעה הוא נמוך במיוחד בגריאטרייה וראומטולוגיה ילדים (14%), מחלות כבד (12%) וסוכרת (9%).

קשר בין זמן המתנה לתור בתחום רפואי לבין אי-ההופעה אליו: בהסתכלות על הקשר שבין אי-ההופעה לתור שנקבע, לבין זמן ההמתנה בתחום הרפואי שאליו נקבע התור, היה מצופה כי בתחומי רפואה שלהם זמני המתנה ארוכים במיוחד, שיעור אי-ההופעה יהיה נמוך, וזאת מאחר שמבוטחים שכבר קבעו תור לא ירצו לוותר עליו בשל "עלותו" הגבוהה במונחי זמן ההמתנה הארוך⁷⁶.

ואולם, מנתוני התרשימים עולה כי שיעורי אי-ההופעה גבוהים נצפו גם בתחומים שבהם זמני ההמתנה ארוכים במיוחד. כך לדוגמה בתחום הפסיכיאטרייה במכבי היה זמן ההמתנה כ-39 ימים בממוצע ובלאומית כ-52 ימים בממוצע, בעוד ששיעור אי-ההופעה בתחום זה הוא כ-25% במכבי⁷⁷ וכ-24% בלאומית. המשמעות של אי-ההופעה לתור היא פגיעה משמעותית במבוטחים שנדרשים להמתין זמן רב לקבלת הטיפול, בעוד שחלק ניכר מהתורים מבוזבז בשל אי-ההופעה של מבוטחים אחרים.

נושא אי-ההופעה לתורים ברפואה היועצת עלה גם בשולחנות עגולים עם קבוצות רופאים מומחים מתחומים שונים שנערכו במסגרת הביקורת בשתי קופות חולים במחוז צפון⁷⁸. להלן מובאים ציטוטים מדברי הרופאים בעניין אי-ההופעה:

⁷⁶ לחילופין, משך המתנה ארוך יכול להגדיל שיעורי אי-ההופעה בגלל תוכניות וצרכים שמשתייכים על פני זמן וגם בגלל שכחה.

⁷⁷ במכבי - רופא פסיכיאטרייה למבוגרים.

⁷⁸ הביקורים נערכו בתאריכים 23.4.7.3-3. צוות הביקורת נפגש עם 21 רופאים מומחים מקופות חולים מכבי וכללית וביקר במרפאות ובמרכז רפואי צפון.



[רופא נאב]

בעיה נוספת שאני מבקש לציין היא אי-הופעה לתורים, תופעה שגורמת לזילות ולבזבז משאבים וצריך לחנך את האוכלוסייה בהקשר הזה.

יש ימים שארבעה-חמישה מטופלים (מתוך שמונה או עשרה) לא מגיעים למרות שמתקשרים ומזכירים להם. אין משמרת שאין שניים-שלושה שלא מגיעים.

למדתי לעשות double booking אבל זה מוזר שהמדינה לא מוצאת לזה פתרון. מתקשרים להזכיר את התור יומיים-שלושה לפני המועד שלו ושולחים הודעה, אבל זה לא מספיק. חייבים לדרוש תשלום גם אם הוא יהיה סמלי, ומשרד הבריאות צריך לעשות קמפיין בנושא כדי לעורר את המודעות

אנשים קובעים לעצמם תורים ולא מגיעים אליהם, וזה על חשבון הזמן שלנו

[רופא נירולוג]

התופעה של אי-הגעה לתורים מתסכלת מאוד, בעיקר מכיוון שמשך תור שנקבע אצלי הוא שעה. זה לא תמיד פוגע בתגמול אבל בהחלט פוגע בזמינות, וחייבים למצוא לזה פתרון

אי-הופעה לתורים זאת בעיה שאני שומעת עליה כבר שנים. חשבו על קנס 35 ש"ח. בפועל, אין קנס ושולחים תזכורת יומיים לפני מועד התור וערב לפני, ובכל זאת אנשים לא מופיעים

טיפול בתופעת אי-ההופעה לתורים: במהלך השנים נעשו ניסיונות חקיקה כדי להתמודד עם התופעה באמצעות דרישה לתשלום של דמי השתתפות עצמית. הדבר עלה גם בהצעת חוק ההסדרים לשנת 2023 - 2024⁷⁹ בפרק בנושא קיצור תורים. בהצעת החוק הוצע לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולהוסיף לו סעיף 8(א9) ובו ייקבע כי "קופת חולים תגבה תשלום ההשתתפות העצמית בעבור השירות במועד קביעת התור לשירות" וכי דמי ההשתתפות העצמית לא יושבו למבוטח אלא אם ביטל את התור שנקבע לו לכל הפחות 24 שעות לפני מועד התור, ובתנאי שהמבוטח לא התייצב לתור ליעוץ מקצועי שקבע בקופת החולים. התיקון המוצע לחוק קבע כי על קופות החולים לשלוח תזכורות בשבועיים שקודמים למועד התור ולא יאוחר מ-48 שעות הקודמות למועד התור, לצד ההצעה לבטל את התור. ואולם, חלק זה הושמט מנוסח חוק ההסדרים שעבר לבסוף בכנסת.

עלה כי על אף חשיבות נקיטת צעדים לצמצום אי-ההופעה לתורים שנקבעו ולא בוטלו, נכון למועד סיום הביקורת, משרד הבריאות לא הביא בפני הכנסת הצעת חוק הקובעת מנגנון לצמצום התופעה, כגון גביית דמי השתתפות עצמית בגין אי-ההופעה לתורים.

מהמקובץ עולה שכ-3.5 מיליון תורים בשנה לרופאים מומחים שנקבעו בכל קופות החולים, לא בוטלו והמבוטח לא הגיע אליהם. תופעת אי-ההופעה לתורים שלא בוטלו פוגעת באופן ניכר בהיצע התורים, יכולה לעיתים לייצר בזבוז זמן של רופאים (במיוחד במקצועות שבהם זמן הטיפול הוא ארוך למשל פסיכיאטריה) ומביאה להתארכות זמני ההמתנה לתור של מבוטחים שנדרשים לטיפול רפואי בשל כך שלא פעם נקבעים תורים נוספים על אלו שלא מומשו.

מנגד, קיימת גם אפשרות שקופות החולים מתכננות מראש את ניהול התורים לרפואה היועצת על בסיס הנחה שיש מבוטחים שאף שקבעו תור ולא ביטלו אותו, לא יופיעו (למשל באמצעות Over booking). בכך, הקופות מנצלות חלק מפרקי הזמן של אי-ההופעה למתן שירותים למטופלים אחרים. לתופעת אי-ההופעה לתורים יש גם השלכה כלכלית - רופאים עצמאים ששכרם תלוי במספר המבוטחים שבהם הם מטפלים, יגשרו על פער התגמול שנוצר כיוון שלא כל המבוטחים מופיעים לתור שהוזמן בתמחור גבוה יותר לשעת טיפול. בהקשר לכך, ציין כאמור רופא נירולוג שמשך הטיפול אצלו הוא של שעה שאי-ההופעה פוגע בזמינות, ורופא אחר (רופא נאב) ציין שזה מוזר שהמדינה לא מוצאת לזה פתרון.

79 הצעת חוק התוכנית הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום המדיניות הכלכלית לשנת התקציב 2023 ו-2024), התשפ"ג-2023, פרק י"ט סימן ג'.



קופות החולים מסרו בתשובותיהן כי הן פועלות לצמצום תופעת אי-ההופעה. כללית ציינה כי היא פועלת באמצעות ניהול רשימות המתנה וקבלת תורים דחופים; מכבי ציינה כי היא פועלת באמצעות מנגנון של החלפת תורים (SWITCHIT); קופת חולים מאוחדת ציינה כי היא פועלת באמצעות שליחת תזכורות למבוטחים לפני התור, וידואי הגעה וביטול תורים כפולים. כמו כן, מאוחדת מפתחת אפליקציה חדשה שתייעל תהליכים נוסף על הקיים. בקופת חולים לאומית ייכנסו במהלך השנה פיתוחים נוספים להקטנת תופעת אי-ההופעה כמו אישור טלפוני למי שלא אישר ב-SMS ורשימות המתנה ממוכנות. עוד ציינה קופת חולים לאומית כי ייתכן שצריך לשנות את התפיסה כך שקביעת תור תהיה טנטטיבית, עד 24 שעות לפני קיומו. במהלך 24 השעות לפני התור יתבקש המטופל לאשר הגעה, לשלם אגרה ואז מובטח לו התור, אחרת התור יבוטל. כל הקשחה כגון זו צריכה להיות אחידה בין קופות החולים ובהנחיית הרגולטור.

עוד תיארו הקופות בתשובותיהן תוכניות מגוונות למטרת קיצור זמני המתנה: קופת חולים מאוחדת ציינה בתשובתה כי היא מפתחת "בוט" תורים שמסייע באיתור תור לרופא על בסיס תורים שבוטלו ומסייע בקביעת תור על פי מרחק גיאוגרפי; מסיט ביקורים שאינם נדרשים להתבצע בנוכחות פיזית לפלטפורמות אחרות - ביקורים טלפוניים, דיגיטליים ומקוונים; ומנתב מטופלים ותורים על ידי מיון מקדים, בין היתר, על פי מידת דחיפות הפנייה. קופת חולים מכבי ציינה בתשובתה כי היא עושה מאמצים לקיצור זמני המתנה כמו walk-in-clinics וטלה-עור⁸⁰ ולטענתה פעולותיה הביאו לקיצור זמן ההמתנה בשנת 2023.

מומלץ כי משרד הבריאות וקופות החולים בהתייעצות עם משרד האוצר יגדירו מנגנונים לצמצום התופעה שבה נקבעים תורים אך המבוטחים לא מופיעים אליהם וזאת מבלי לבטלם קודם לכן. מוצע גם שהם ייבחנו את יישום המנגנון שהוצע בטיטות חוק ההסדרים לשנת 2023 - 2024 וזאת על בסיס קביעת קריטריונים לגביית תשלום דמי ההשתתפות העצמית מהמבוטחים, למשל כשלא מופיעים לתורים באופן קבוע.

הקשר בין שכר להיצע עבודה בקרב רופאים

הרופאים ברפואה היועצת מתקשרים עם קופות החולים כשכירים או כעצמאים:

תנאי השכר לרופאים המועסקים כשכירים מוסדרים ברובם בהסכמים קיבוציים, בין הר"י לבין המעסיקים השונים במערכת הבריאות (שהגדולים שבהם הם המדינה וכללית). מעט רופאים שכירים מועסקים באמצעות הסכמים אישיים.

תנאי השכר לרופאים עצמאים בקופות מתבססים בעיקר על אחד משלושה סוגי תעריפים: תעריף שעתי - תשלום לפי תעריף קבוע לשעה; תעריף לפי פעילות - התשלום ניתן עבור ביקור או פעולה; תעריף רבעוני - התגמול לביקור הראשון ברבעון⁸¹. נוסף כל כך, בחלק מהמקצועות קיים תגמול משתנה על ביצוע של פעולות רפואיות שונות, כגון ביצוע בדיקות לאיתור מוקדם של סרטן צוואר הרחם בגינקולוגיה (PAP) או צריבת יבלות באמצעות חנקן נוזלי ברפואת עור.

בכל קופת חולים קיים תמהיל שונה של העסקת רופאים; כך, בשנת 2021 כ-57% מנתח הוצאות השכר של קופת חולים מכבי שולמו לרופאים עצמאים, במאוחדת - כ-48%, בלאומית כ-40% ובכללית רק כ-15%⁸². יתר הרופאים המספקים שירותים למבוטחי הקופות היו שכירים.

בתרשים שלהלן מוצג היחס בין שכר הרופאים השכירים לשכר הממוצע במשק בישראל והממוצע בכלל מדינות ה-OECD בשנים 2003 - 2022.

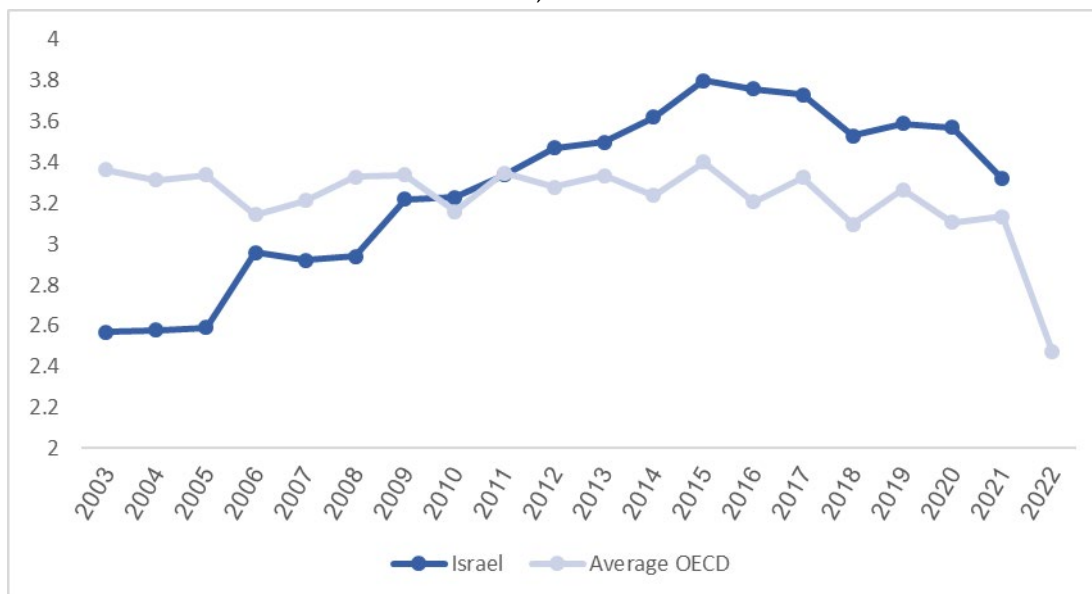
⁸⁰ walk-in-clinics: מרפאות שמקבלות מטופלים ללא צורך בתיאום תור; טלה-עור: התייעצות וירטואלית עם רופא עור.

⁸¹ קיימים סוגי תעריפים נוספים, ראו כנס ים המלח ה-21, בתי חולים/קהילה: אתגרי הזירה המשתנה, פרק 5: ניהול ותמריצים ברפואה היועצת, עמ' 192 - 193.

⁸² האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות, דוח מסכם פעילות קופות החולים לשנת 2021, ספטמבר 2022.



תרשים 45: היחס בין שכר הרופאים השכירים לשכר הממוצע במשק בישראל והממוצע בכלל מדינות ה-OECD, 2003 - 2022⁸³



מתוך נתוני ה-OECD (<https://stats.oecd.org>), בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי בעוד שהחל משנת 2003 במדינות ה-OECD נרשמה בממוצע מגמת ירידה מתונה ביחס שבין שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק (מפי כ-3.4 בשנת 2003 לפי כ-3.2 בשנת 2021), בישראל ניכרת מגמה הפוכה - עלייה ביחס שבין שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק (מפי כ-2.6 בשנת 2003 לפי כ-3.3 בשנת 2021). יצוין כי החל משנת 2015 הן בישראל והן במדינות ה-OECD ישנה מגמת ירידה ביחס זה.

אופן העסקת הרופאים וסחרור השכר

הרופאים העצמאים הם כאמור, חלק משמעותי מכלל הרופאים המספקים שירותים למבוטחי הקופות, ובחלק מהקופות מדובר אף ברוב גדול של הרופאים בקהילה (כ-75% - 85% מרופאי מכבי, מאוחדת ולאומית⁸⁴).

אגף הכלכלן הראשי במשרד האוצר פרסם בספטמבר 2022 מחקר בנושא הפרשי השכר בין עצמאים לשכירים בקרב רופאי המשפחה. במחקר צוין כי בשלוש קופות החולים שבהן נפוצה צורת ההעסקה של רופאים כעצמאים (מכבי, מאוחדת ולאומית) נמצאו פערי שכר ניכרים הנעים בין 30% ל-32% בין הרופאים המועסקים כעצמאים לבין אלו המועסקים כשכירים. פערי השכר בין רופאים עצמאים לשכירים בקופות מתרכזים בשלושת חמישוני השכר הגבוהים, והם הולכים וגדלים ככל שעולים לחמישון שכר גבוה יותר. בעוד שבחמישון הנמוך שכרם של הרופאים העצמאים בקופות אלו גבוה ב-8% בלבד מזה של הרופאים השכירים, בשני החמישוניים העליונים שכר הרופאים העצמאים גבוה מזה של השכירים בפערים הנעים בין 54% ל-57%⁸⁵.

בתרשים שלהלן מוצגת התפלגות השכר החודשי של כלל הרופאים במערכת הבריאות הממשלתית במרכז ובפריפריה בשנים 2010 ו-2019. כל אחת מארבע העקומות שבתרשים מייצגת התפלגות של רמת שכר של רופאים בשנת 2010 או 2019, במרכז או בפריפריה (השטח שמתחת לכל עקומה

⁸³ בעת כתיבת הדוח, נתון הממוצע של OECD לשנת 2022 לא כלל את כלל המדינות ולא פורסם נתון על ישראל בשנה זו.

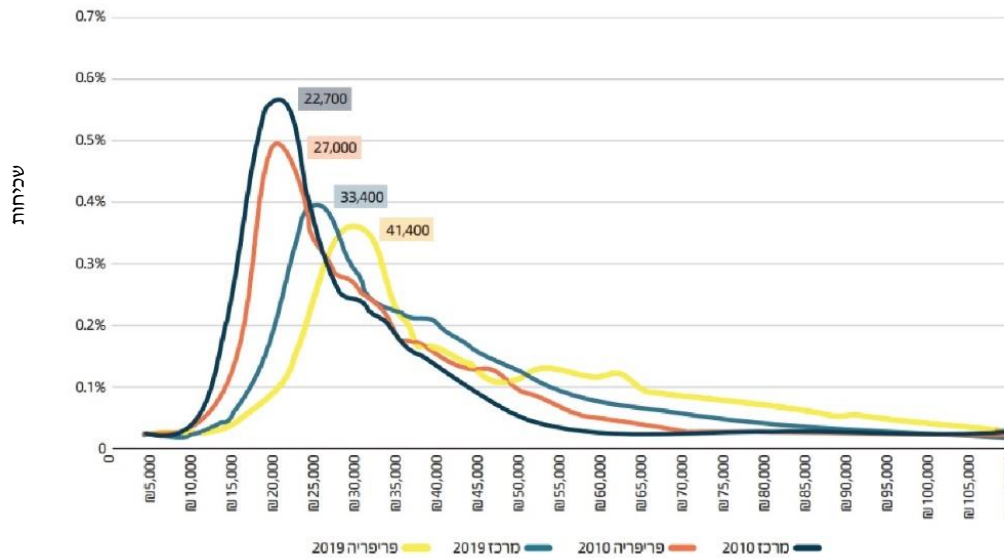
⁸⁴ מתוך מכתב של משרד האוצר בנושא בקשת מידע בנושא רפואת עצמאים בקהילה ממרכז המחקר והמידע של הכנסת, יולי 2023.

⁸⁵ שכר רופאי המשפחה בקופת החולים - עצמאים לעומת שכירים 2010-2018, אגף הכלכלנית הראשית במשרד האוצר, ספטמבר 2022.



מסתכם ל-1 ומייצג את כל האוכלוסייה הרלוונטית לעקומה). כך למשל, השכר השכיח ביותר בעקומה הכתומה, המייצגת את שכר קבוצת הרופאים בפריפריה בשנת 2010, הוא 27,000 ש"ח והוא מהווה 0.5% מכלל השכר של קבוצה זו.

תרשים 46: התפלגות שכר החודשי (ברוטו) של הרופאים במרכז ובפריפריה, 2010 ו-2019



המקור: דין וחשבון על הוצאות השכר בשירות המדינה וגופי הביטחון לשנת 2019, אגף השכר והסכמי עבודה, משרד האוצר.

מהתרשים עולה כי משנת 2010 ועד שנת 2019 עלה השכר החודשי (ברוטו) השכיח⁸⁶ של הרופאים במרכז מ-22,700 ש"ח ל-33,400 ש"ח (כ-47%) ובפריפריה מ-27,000 ש"ח ל-41,400 ש"ח (כ-53%). לשם השוואה, על פי נתוני הלמ"ס השכר הממוצע במשק עלה בתקופה זו בכ-29% ועל פי נתוני המוסד לביטוח הלאומי שכר המינימום עלה בתקופה זו בכ-38%⁸⁷ (מכ-3,850 ש"ח ל-5,300 ש"ח).

המתאם בין שכר הרופאים לשעות הטיפוּל: היצע העבודה מושפע משני גורמים מנוגדים האחד - אפקט התחלופה, והשני - אפקט ההכנסה. אפקט התחלופה הוא הנטייה של הפרט לספק יותר שעות עבודה ככל שמחיר העבודה (השכר) גבוה יותר. אפקט ההכנסה הוא הנטייה של הפרט לצרוך יותר שעות פנאי ככל שההכנסה שלו גבוהה יותר, ועל כן לספק פחות שעות עבודה.

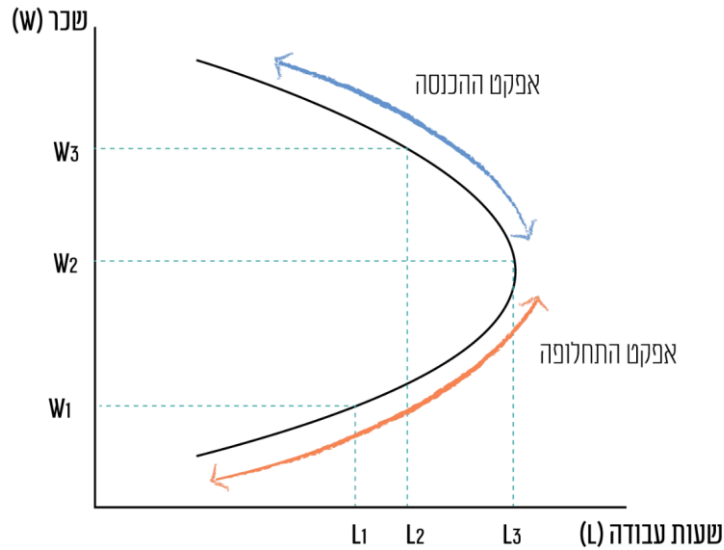
הספרות הכלכלית מראה שישנו שכר (ריאלי) תיאורטי שעד אליו אפקט התחלופה גובר על אפקט ההכנסה, כך שככל שהשכר עולה העובד מעוניין לעבוד יותר. לעומת זאת, מעל לשכר זה, אפקט ההכנסה גובר על אפקט התחלופה, כך שככל שהשכר עולה העובד מעוניין לספק פחות שעות עבודה⁸⁸. בתרשים שלהלן מוצגת העקומה המתארת תכונה זו של היצע העבודה (Backward bending supply curve of labour).

86 השכיח - אומדן סטטיסטי המציין את הערך בעל השכיחות הגבוהה ביותר בהתפלגות.
 87 שכר המינימום מהווה את השכר השכיח במשק. כ-17% מהשכירים בישראל משתכרים שכר מינימום. ראו בנק ישראל, דין וחשבון 2023, מרץ 2024. עמ' 134 - 135.
 88 ראו במאמרים:

Mincer, Jacob. "Labor force participation of married women: A study of labor supply". *Aspects of labor economics*. Princeton University Press, 1962. 63-105.
 Mincer, Jacob, and Solomon Polacheck. "Family investments in human capital: Earnings of women". *Economics of the Family: Marriage, Children, and Human Capital*. University of Chicago Press, 1974. 397-431.
 Killingsworth, Mark R., and James J. Heckman. "Female labor supply: A survey". *Handbook of labor economics* 1 (1986): 103-204.



תרשים 47: תרשים סכמתי של עקומת היצע העבודה



משמעות תכונה זו של השפעת היצע העבודה על שעות העבודה של הרופאים היא שכאשר אפקט ההכנסה גובר על אפקט התחלופה, צפוי שעלייה בשכר תגרום לרופאים לצמצם את שעות הטיפול שהם מציעים לקופות החולים, דבר שיצמצם את היצע השעות המוצע לטיפול. כדי לבחון אם יש גובה הכנסה מסוים⁸⁹ שבו אפקט ההכנסה גובר על אפקט התחלופה בקרב הרופאים בקהילה, ניתח משרד מבקר המדינה את נתוני ההכנסה⁹⁰ ושעות הטיפול של הרופאים בקהילה בכל קופות החולים⁹¹. בתרשים שלהלן הקשר בין ההכנסה של רופאים בקהילה לכמות שעות הטיפול המוצעת בקופות החולים בשנת 2022.

89 המודל התיאורטי מדבר על הקשר בין שכר שעתי להיצע העבודה. בנייתו זה בחנו את הקשר בין ההכנסה השנתית להיצע העבודה.

90 נתוני ההכנסה מבוססים על נתוני המוסד לביטוח לאומי וכוללים את סך ההכנסות (ברוטו) של הפרט.

91 בהתבסס על נתוני משרד הבריאות והביטוח הלאומי המתייחסים ל-10,238 רופאים מתחומי המשפחה, ילדים, אף, אוזן וגרון, עור ומין, יילוד וגינקולוגיה, אורתופדיה ועיניים.



לוח 7: המתאם בין ההכנסה השנתית (באלפי ש"ח) של רופאים בקהילה לבין כמות שעות הטיפול המוצעת בקופות החולים, 2022⁹²

אפקט	רמת מובהקות	הפרש (בשעות)	הכנסה שנתית (באלפי ש"ח)
אפקט התחלופה	***	-5.62	עד 100
	***	-6.30	100 עד 200
	***	-6.09	200 עד 300
	***	-4.17	300 עד 400
	***	-3.58	400 עד 500
	***	-2.89	500 עד 600
נקודת ייחוס (26.7 שעות בשבוע)			600 עד 700
אפקט ההכנסה	**	-1.81	700 עד 800
	**	-2.15	800 עד 900
	***	-3.36	900 עד 1000
	***	-2.63	1000 עד 1500
	***	-4.38	1500 עד 2000
	*	-4.42	מעל 2000

על פי נתוני משרד הבריאות והביטוח הלאומי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.
 * מובהקות סטטיסטית של 10%
 ** מובהקות סטטיסטית של 5%
 *** מובהקות סטטיסטית של 1%

מהלוח עולה כי רופאים בקהילה אשר הכנסתם השנתית היא בין 600,000 ל-700,000 ש"ח מציעים לקופות החולים כ-26.7 שעות טיפול בשבוע בממוצע. רופאים המשתכרים פחות מציעים פחות שעות טיפול. כך למשל, רופאים המשתכרים בין 100,000 ל-200,000 ש"ח בשנה מציעים כ-6.3 שעות פחות בשבוע בממוצע (כ-20.4 שעות). לעומת זאת, גם רופאים המשתכרים יותר מ-700,000 ש"ח בשנה מציעים פחות שעות טיפול. למשל, רופאים המשתכרים מ-1.5 מיליון ש"ח עד 2 מיליון ש"ח בשנה מציעים כ-4.38 שעות פחות בשבוע בממוצע (כ-22.32 שעות).

הירידה במספר השעות החל בנקודת הייחוס (הכנסה של 600,000 - 700,000 ש"ח לשנה) עשויה לנבוע מאפקט ההכנסה. אולם, ייתכן שהגידול בהכנסות עשוי גם לנבוע מהפחתת השעות שחלק מהרופאים מציעים לקופות החולים בשל העדפתם להציע טיפולים במסגרת פרטית או לבצע ניתוחים, שבהם השכר גבוה מהשכר שמעניקות הקופות על עבודה בקהילה.

92 המודל המוצג:

$$Weekly_{hours} = \beta_1 Income_{0to100} + \beta_2 Income_{100to200} + \beta_3 Income_{200to300} + \beta_4 Income_{300to400} + \beta_5 Income_{400to500} + \beta_6 Income_{600to700} + \beta_7 Income_{700to800} + \beta_8 Income_{800to900} + \beta_9 Income_{900to1000} + \beta_{10} Income_{1000to1500} + \beta_{11} Income_{1500to2000} + \beta_{12} Income_{OVER\ 2000} + \varepsilon$$

נבחן גם המודל:

$$Weekly_{hours} = \beta_1 Income_{0to100} + \beta_2 Income_{100to200} + \beta_3 Income_{200to300} + \beta_4 Income_{300to400} + \beta_5 Income_{400to500} + \beta_6 Income_{600to700} + \beta_7 Income_{700to800} + \beta_8 Income_{800to900} + \beta_9 Income_{900to1000} + \beta_{10} Income_{1000to1500} + \beta_{11} Income_{1500to2000} + \beta_{12} Income_{OVER\ 2000} + \beta_{13} Age + \beta_{14} Male + \varepsilon$$

מהות התוצאות בשני המודלים הייתה דומה. כדי להציג את נקודת הייחוס מוצג המודל ללא משתני הבקרה.



כדי לבחון את הסֶבֶה והמְסָבֵב ערך צוות הביקורת בחינה מצומצמת רק של רופאי משפחה (רפואה ראשונית), שכן בתחום זה הטיפוליים במסגרת פרטית מצומצמים מאוד⁹³. להלן הקשר בין ההכנסה של רופאי משפחה לכמות שעות הטיפול המוצעות בקופות החולים בשנת 2022.

לוח 8: המתאם בין ההכנסה השנתית (באלפי ש"ח) של רופאי משפחה לבין כמות שעות הטיפול המוצעות בקופות החולים, 2022

אפקט	רמת מובהקות	הפרש (בשעות)	הכנסה שנתית (באלפי ש"ח)
אפקט התחלופה	**	-3.65	עד 100
	***	-2.95	100 עד 200
	***	-3.24	200 עד 300
	*	-1.22	300 עד 500
נקודת ייחוס (27 שעות בשבוע)			500 עד 700
אפקט ההכנסה	*	-1.55	700 עד 1000
	***	-2.95	מעל 1000

על פי נתוני משרד הבריאות והביטוח הלאומי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.
 * מובהקות סטטיסטית של 10%
 ** מובהקות סטטיסטית של 5%
 *** מובהקות סטטיסטית של 1%

עולה כי גם כשבוחנים רק את הרופאים בתחום שבו אין טיפולים במסגרת פרטית או ביצוע ניתוחים, ישנו טווח הכנסות שעלייה בהכנסות מפחיתה את שעות הטיפול המוצעות לקהילה. ייתכן שהדבר נובע מכך שאפקט ההכנסה גובר על אפקט התחלופה, והעלאת ההכנסה של הרופאים בטווחים אלו מצמצמת את היצע שעות הטיפול המוצעות⁹⁴.

מהמקובץ עולה אפוא כי יש מתאם שלילי בין שכר הרופאים המשתכרים בעשירונים העליונים לכמות שעות הטיפול המוצעות. ייתכן שהדבר נובע מאפקט ההכנסה; דהיינו, ברמות שכר אלו, ככל שהשכר עולה כך מוצעות פחות שעות טיפול לקהילה.

אסדרת שכר הרופאים העצמאים בקופות: סעיף 29 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, קובע כי גוף מתוקצב או גוף נתמך לא יסכים על שינויים, בין היתר בשכר, או על הטבות כספיות אחרות הקשורות לעבודה, ולא ינהיג שינויים או הטבות כאמור, אלא בהתאם למה שהוסכם או הונהג לגבי כלל עובדי המדינה או באישורו של שר האוצר.

במאי 2022, בהתבסס על סעיף 29 הנ"ל ועל כך ששכרם של הרופאים העצמאים משולם מתקציב הקופות, שמקורו בקופה הציבורית, פרסם אגף השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר⁹⁵ כללי תגמול לרופאי משפחה או לרופאי ילדים עצמאים המקבלים תגמול שעתי קבוע או הבטחת הכנסה⁹⁶ אשר

⁹³ לכן בעבור רופאים אלו, לא סביר לטעון שצמצום שעות הטיפול שמציעים הרופאים לקופות יגדיל את ההכנסה ממקורות אחרים.

⁹⁴ על פי ההסכם הקיבוצי של כללית, מספר שעות העבודה במשרה של רופאים שכירים בקופה פוחת עם צבירת ותק. רופא בגיל 50 עם חמש שנות ותק בקופה ממצה את הפחתת שעות העבודה בהסכם. בבחינה נוספת שערך צוות הביקורת לגבי רופאי משפחה מגיל 50 ומעלה בלבד נמצאו תוצאות דומות לאלו המוצגות בלוח 8. על כן, נראה כי ההסכם הקיבוצי אינו משפיע על האמור בדוח.

⁹⁵ אגף השכר אחראי בין היתר לקביעת מדיניות השכר ויישומה במגזר הציבורי, לניהול משא ומתן בשם הממשלה בכלל המגזר הציבורי והמשק ולפיקוח ובקרה על גופים ציבוריים.

⁹⁶ הבטחת הכנסה - תשלום שכר גלובאלי חודשי בגין היקף משרה מסוים מינימאלי. כאשר לא ניתן להבטיח לרופא הקיף פעילות אך נדרש לשמור זמינות.



מספקים שירות למבוטחי הקופות. כללי התגמול הללו טרם נכנסו לתוקף עקב התנגדות של חלק מקופות החולים לעצם הפיקוח, והנושא נידון כעת בבית הדין לעבודה⁹⁷.

נמצא כי אגף השכר והסכמי עבודה לא גיבש כללי תגמול לרופאים עצמאים בתחומי הרפואה היועצת.

אגף השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר מסר בתשובתו מיולי 2024 למשרד מבקר המדינה כי ללא פיקוח על התשלום לרופאים עצמאים, המשאבים המוגבלים של מערכת הבריאות הציבורית מופנים לקבוצה קטנה של רופאים, ובמקום לשמש לשיפור שירותי הבריאות למבוטחים, הם משמשים למשיכת רופאים מקופה אחת לאחרת. השכר הגבוה מביא רופאים לצמצם את היקף השירותים לקופות, כך שהמחסור בשירותי הבריאות מעמיק, משך זמן ההמתנה בתורים מתארך, ונוכח התחרות בין קופות החולים על נתח הולך וקטן של שירותים רפואיים העלאת שכר אחת מביאה להמשך העלאת השכר.

עוד נמסר מאגף השכר והסכמי עבודה כי סחרור השכר בקרב הרופאים העצמאים עלול להוביל גם לדרישות הולכות וגוברות להעלאת שכר בלתי סבירה בכל משק הבריאות הציבורי - הן בקרב הרופאים המועסקים כשכירים בקופות החולים ועובדים "כתף אל כתף" עם חלק מהרופאים העצמאים, והן בקרב רופאים בבתי החולים. נוסף על כך, התשלומים לרופאים העצמאים עלולים לשמש "מסלול עוקף" לפיקוחו של הממונה על השכר, דבר שיפגע באפקטיביות של הפיקוח על שכר הרופאים השכירים כבר כיום.

קופת חולים מאוחדת מסרה בתשובתה כי הממונה על השכר אוכף את שכר השכירים באופן שאינו אחיד בין הקופות. כתוצאה מכך, שכר השכירים במאוחדת נמוך באופן משמעותי משכר השכירים בקופות הגדולות. תחת המגבלות הללו, הדרך של מאוחדת להתחרות על הרופאים עם הקופות האחרות היא באמצעות הצעות אטרקטיביות לרופאים עצמאים. לפיכך, אם הממונה על השכר יפקח ויגביל את התגמול לרופאים עצמאים, הקופה תתקשה להתחרות עם קופות אחרות.

מומלץ כי הממונה על השכר במשרד האוצר, בהתייעצות עם משרד הבריאות, יבחן את הצורך בגיבוש כללי תגמול לכלל הרופאים ברפואה היועצת המועסקים כעצמאים בקופות החולים, כך שיינתן מענה גם להשלכות אפקט ההכנסה על זמינות הרפואה היועצת⁹⁸.

נוכח תשובת מאוחדת, מומלץ כי הממונה על השכר יבדוק אם אכן מנגנון הפיקוח על רופאים שכירים איננו שוויוני לכלל הקופות ויפעל לתיקון המנגנון במידת הצורך.



הפתרון לצמצום הפער בין הביקוש להיצע של שירותי הרפואה היועצת הוא בראש ובראשונה בגידול מספר הרופאים ובפרט מספר הרופאים המומחים. אולם, נוכח משך ההכשרה הארוך הנדרש וכדי לצמצם את הפער בין הביקוש להיצע בטווח הזמן הקצר והבינוני מומלץ כי משרד הבריאות יקדם, בתיאום עם קופות החולים, פעולות שבכוון להשפיע על רמת הזמינות של שירותי הרפואה היועצת ושאותן ניתן ליישם כבר בטווח הקצר.

אחת הדרכים להגדלת רמת הזמינות של שירותי הרפואה היועצת היא פיתוח מנגנון לצמצום תופעת אי מימוש תורים שנקבעו כמו גם אי-הופעה לתורים. תופעה זו פוגעת בהיצע התורים, מבזבזת את זמנם של רופאים ומביאה להתארכות זמני ההמתנה לתורים. מוצע לשקול קביעה של מנגנון להחלת דמי ההשתתפות על מבוטחים שאינם מופיעים לתורים באופן קבוע. דרך אפשרית נוספת היא לחייב בהפניה מרופא משפחה לרפואה יועצת. מומלץ שמשרד הבריאות

⁹⁷ הליך צ"ו 50942-01-23 מדינת ישראל - הממונה על השכר נ' מכבי שירותי בריאות ואח', בית הדין האזורי לעבודה בתל אביב-יפו.

⁹⁸ המלצה זו נגזרת מכך שסמכות זו הופעלה (גם אם טרם נכנסה לתוקף) בנוגע לחלק מהרופאים העצמאיים ורלוונטית, כמובן, כל עוד לא תתקבל החלטה שיפוטית סופית שמשמעותה העדר אפשרות חוקית לפעול כאמור.



קופות החולים יבחנו את ההשלכות של דרך זו על איכות השירות ואורכי התורים ברפואה הראשונית והיועצת ויגבשו מנגנון מתאים.

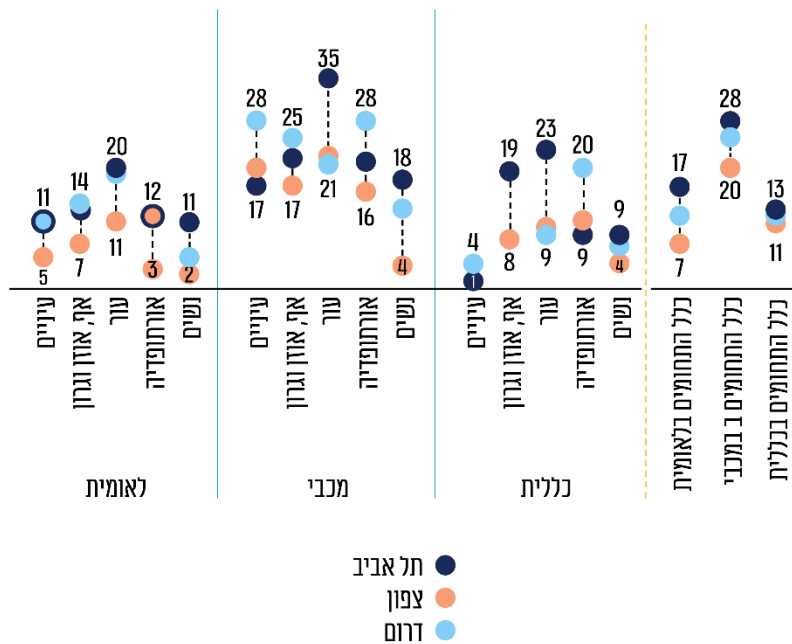
נמצא מתאם שלילי בין השכר ברפואה היועצת של רופאים ששכרם נכלל בעשירונים העליונים לבין כמות שעות הטיפול שהם מציעים. עוד נמצא כי לא גובשו כללי תגמול לרופאים עצמאים בתחומי הרפואה היועצת. נוכח עובדה זו שמשמעותה היא - שככל שהשכר עולה כך מוצעות פחות שעות טיפול לקהילה, מוצע כי משרד האוצר, בהתייעצות עם משרד הבריאות, יגבש כללי תגמול לכלל הרופאים העצמאים ברפואה היועצת.

ייעול משאבי הרפואה היועצת בפריפריה

המחסור הצפוי ברפואת מומחים בפריפריה

אזורי פריפריה מעמידים בפני מערכות הבריאות בכל רחבי העולם אתגרים מיוחדים הנובעים מהצפיפות הנמוכה של האוכלוסייה על פני שטח גדול. בנסיבות אלו באזורים המיושבים בצפיפות נמוכה לעיתים אין הצדקה להקמת מרכזים לרפואה יועצת אלא באופן המשרת אזורים נרחבים, או לחלופין הזמינות של רפואה יועצת (שעות שירות רפואי), ככל וקיימת ביישובי הפריפריה, היא נמוכה; לכן נדרשים תושבי הפריפריה לנסוע למקומות מרוחקים מביתם על מנת לקבל את השירות הרפואי שלו הם נדרשים. להלן בתרשים משך ההמתנה לתור בחמש ההתמחויות השכיחות בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית במחוזות תל אביב שבמרכז ובצפון ודרום שבפריפריה, בשנת 2022.

תרשים 48: משך ההמתנה לתור בחמש ההתמחויות השכיחות בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית, לפי מחוזות, 2022 (בימים)



על פי נתוני קופות החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי בשלוש קופות החולים שנבדקו בהתמחות עור ונשים זמני ההמתנה במחוז תל אביב ארוכים יותר מאלה שבמחוזות צפון ודרום, לעומת זאת בתחומי העיניים והאורתופדיה זמני ההמתנה בתל אביב לא יותר ארוכים מאשר בדרום בכל קופות החולים. בהתייחס למוצע התורים בכל התחומים - בשלוש הקופות זמן ההמתנה במחוז תל אביב ארוך מזמן ההמתנה במחוז צפון ובמחוז דרום.

זמן ההמתנה הקצר יחסית באזורי הפריפריה אפשר ומצביע על שירות איכותי למבוטחים שבאזורים אלו; ואולם ייתכן שזמן ההמתנה הקצר הוא תוצאה של היצע נמוך של רפואה יועצת



בפריפריה, המביא לכך שהמבוטחים בוחרים לצרוך פחות שירותי בריאות או קובעים תורים באזורים מרכזיים יותר. יצוין בנוגע להשוואה בין-אזורית של שיעורי תחלואה, כי לפי נתוני קופת חולים מכבי⁹⁹, נכון ליולי 2023, רמת התחלואה הכרונית הגבוהה ביותר נמצאה במחוז הצפון - 38%, ולאחר מכן במחוז הדרום 32%, בעוד שבמחוז המרכז שיעורה היה נמוך יותר - 26%¹⁰⁰.

השפעת רפורמת יציב על מספר מקבלי רישיונות רפואה חדשים: ועדת גמזו עסקה בין היתר בפיזור הגיאוגרפי הבלתי שוויוני של רופאים ברחבי הארץ. הוועדה ציינה כי בשנים האחרונות עלתה מידת ההסתמכות של מוסדות רפואיים באזורי הנגב והגליל על בוגרי חו"ל בכל הנוגע לאיוש משרות רופאים. הוועדה ציינה כי שיעור הבוגרים החדשים שלמדו במוסדות חו"ל לא מאושר במחוזות הנגב והגליל היה 61% בשנת 2020 וכי יישום רפורמת יציב, תתחיל לתת את אותותיה בשנת 2026, אז צפוי לקטון משמעותית "זרם" הרופאים החדשים במחוזות אלה. ההסתמכות של בתי חולים בפריפריה על מתמחים ורופאים בוגרי חו"ל, לצד ההשפעות של רפורמת יציב, עלולים לגרום למצוקת כוח אדם במיוחד במחוזות הפריפריאליים ולהחריף את חוסר השוויון בפריסת כוח האדם בארץ. בתרשים שלהלן פילוח זרם מקבלי רישיונות רפואה חדשים בשנת 2022 לפי מדינת לימוד והשפעה פוטנציאלית של רפורמת יציב בשנת 2026.

מתוך מצגת נתוני מחוז צפון שהוצגה לצוות הביקורת ביולי 2023.

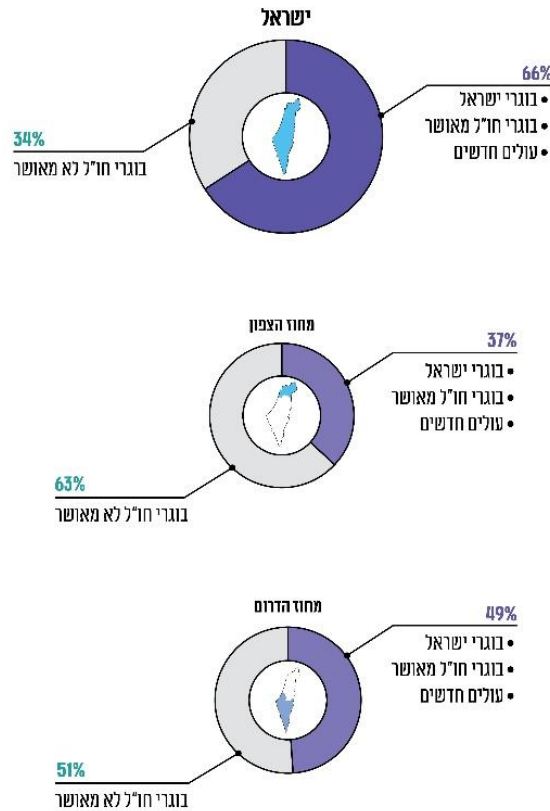
הפערים בשירותי הבריאות בין מרכז לפריפריה הוצגו גם בדוח מבקר המדינה בנושא "שירותי הבריאות בפריפריה - בתי החולים והקהילה" שבו צוין כי "פערי הבריאות במדינת ישראל בין הפריפריה למרכז באים לידי ביטוי בתחום התשתיות, בתחום כוח האדם הרפואי והסיעודי ובנתוני הבריאות. נתוני הבריאות בפריפריה נמוכים; התחלואה הכרונית גבוהה, תוחלת החיים נמוכה והתמותה גבוהה יחסית. תושבי הפריפריה שרובם צעירים ממעטים לצרוך שירותי בריאות...". ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 63**, (2013), עמ' 808.

99

100



תרשים 49 : מקבלי רישיונות רפואה חדשים בשנת 2022 לפי מדינת לימוד



על פי משרד הבריאות דוח הרפורמה בכוח אדם רפואי ובעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה שכשליש ממקבלי רישיונות הרפואה בשנת 2022 הם כאלו שלמדו באוניברסיטאות שמשרד הבריאות הפסיק להכיר בהן. בפריפריה הרופאים החדשים הם בוגרים אלו: במחוז דרום - 51% ובמחוז הצפון 63%.

כתוצאה מרפורמת יציב, וכל עוד לא יהיה מקור חלופי לתוספת של רופאים, צפוי שהחל משנת 2026 יחול צמצום משמעותי בתוספת הרופאים החדשים ("הזרם"), שכן אז ישראלים בוגרי חו"ל לא מאושר, לא יוכלו לקבל רישיון רפואה בארץ. מדובר בנתח משמעותי של בוגרי חו"ל לא מאושר (כשליש), ולכן הדבר עלול לפגוע במיוחד באזורי הפריפריה ששם יש ריכוז גבוה של בוגרי רפואה ממוסדות שאינם מורשים יותר.

השפעת רפורמת יציב על מספר הרופאים בקהילה בפריפריה: על מנת להמחיש את ההשפעה של זרם הרופאים ממדינות חו"ל לא מאושר על מלאי רופאי הקהילה בפריפריה, בחן צוות הביקורת, על בסיס הנתונים שהתקבלו ממשרד הבריאות, את הפיזור הגיאוגרפי של רופאים מומחים בקהילה שהם בוגרי מוסדות לימוד בישראל ושל בוגרי מוסדות לימוד במדינות חו"ל לא מאושר, נכון ליוני 2023¹⁰¹ וזאת בהתייחס להתמחויות אלו: רפואת נשים, אורתופדיה, אף, אוזן וגרון, עיניים, עור ומין, ילדים ומשפחה.

101 על פי כוח אדם במקצועות הבריאות (2020), בסוף שנת 2020 מחצית (51%) מהרופאים המומחים עד גיל 67 סיימו את לימודי הרפואה בישראל, 33% במזרח אירופה, 8% במערב אירופה ו-5% באמריקה. משכך, בוגרי חו"ל שאינם פסול הם כ-13%.

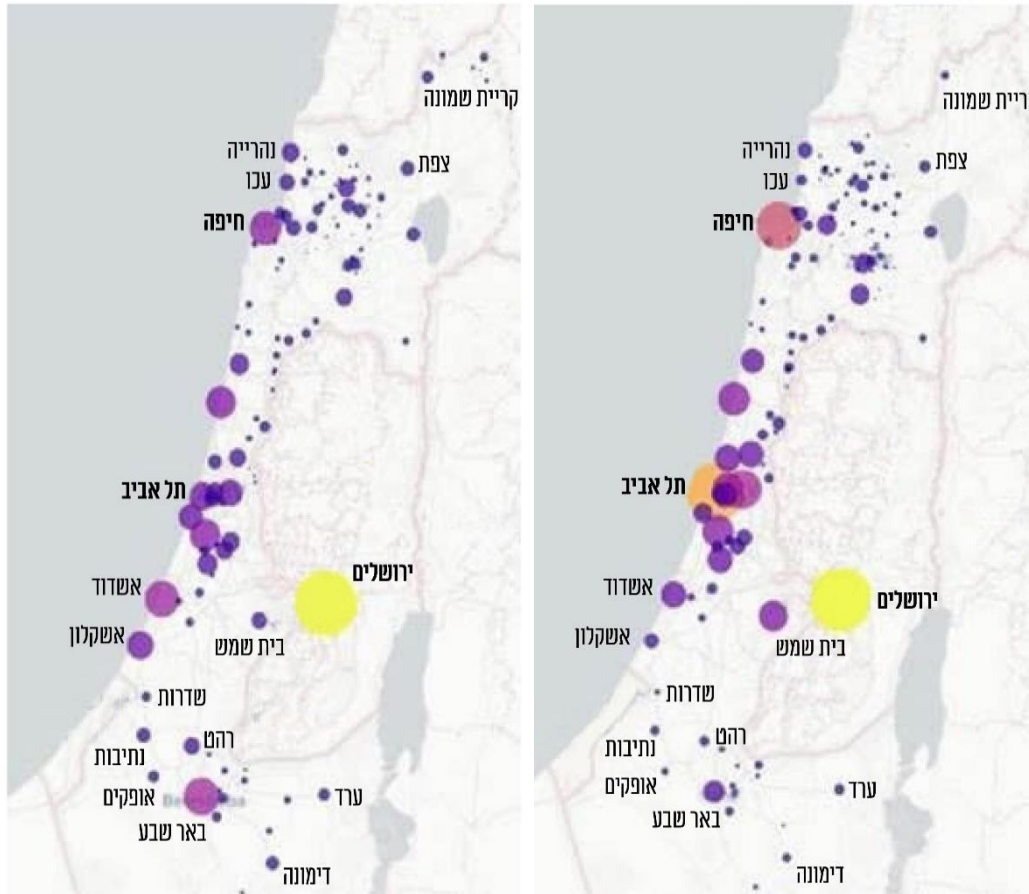


המפות שלהלן מציגות את פיזור הרופאים, בוגרי ישראל ובוגרי חו"ל לא מאושר - ככל שהגודל והצבע של העיגול יותר חם (צהוב כתום אדום), כך הצפיפות גבוהה יותר (יש יותר רופאים מאחד הסוגים) וככל שהצבע יותר קר (גווני סגול) הצפיפות יותר נמוכה.

מפות 1 - 2 : פיזור הרופאים מומחים בוגרי ישראל ובוגרי חו"ל לא מאושר בקהילה

בוגרי חו"ל לא מאושר

בוגרי ישראל



בהתבסס על נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהמפות עולה כי הרופאים המומחים בקהילה שהם בוגרי ישראל מרוכזים בעיקר בירושלים, גוש דן וחיפה, בהשוואה לכך - ריכוז בוגרי חו"ל לא מאושר בגוש דן וחיפה נמוך יותר. גם בבית שמש ניתן לזהות ריכוז בוגרי ישראל גבוה מריכוז בוגרי חו"ל לא מאושר. לעומת זאת, ביישובים הפריפריאליים (צפון ודרום) ובהם: קריית שמונה, יישובי צפון הגולן, נהרייה, עכו, צפת, אשדוד, אשקלון, שדרות, נתיבות, אופקים, באר שבע, ערד ודימונה, יש ריכוז בוגרי חו"ל לא מאושר גבוה יותר מבוגרי ישראל.

מכלל האמור עולה, שבפריפריה שיעור הרופאים המומחים בקהילה, שסיימו את לימודיהם בחו"ל לא מאושר גבוה יותר משיעורם באזור המרכז. כניסת רופאים חדשים מצביעה על המשך מגמה זו. ואולם כתוצאה מכך שמשנת 2026 צפוי להיפסק זרם רופאים חדשים שסיימו לימודיהם בחו"ל שאינם מאושר, הרי שכל עוד, לא יגדל בהיקף מתאים, מספר הסטודנטים הלומדים רפואה במוסדות מאושרים בארץ ובחו"ל, הרי שצפוי לגדול המחסור ברופאים והוא עלול לבוא לידי ביטוי בעיקר באזורי הפריפריה.



השפעת רפורמת יציב על הרופאים בבתי החולים בפריפריה: רפואה שלישונית הניתנת בבתי החולים ברמה נאותה משליכה על רמת שירותי רפואה יועצת בקהילה שכן ההכשרה של רופא מומחה מתבצעת בעיקרה בבתי חולים ורק מיעוטה בקהילה.

משרד הבריאות מיפה את שיעור הבוגרים שלמדו במוסדות חו"ל לא מאושר במחלקות השונות בכלל בתי החולים בארץ ומצא כי בבתי החולים הגדולים ובבתי החולים במרכז הארץ שיעור בוגרי חו"ל לא מאושר נמוך. כך לדוגמה, במרכז הרפואי רמב"ם, בבית החולים הדסה עין כרם, בבית החולים בלינסון, במרכז הרפואי ת"א סוראסקי ובמרכז הרפואי שיבא שיעור בוגרי חו"ל לא מאושר ברפואה פנימית נע בין כ-3% לכ-12%. לעומת זאת, בבתי החולים הפריפריאליים והקטנים שיעור זה גבוה מאוד, ומרבית המחלקות בבתי החולים הללו מאוישות ברובן בבוגרי חו"ל לא מאושר. כך לדוגמה, בבית חולים זיו בצפת, במרכז רפואי צפון, במרכז הרפואי לגליל ובמרכז הרפואי ברזילי שיעור בוגרי חו"ל לא מאושר ברפואה פנימית נע בין כ-44% לכ-72%.

וכך ציין מנהל מרכז רפואי צפון:

75% מהמתמחים הם בוגרי חו"ל לא מאושר, ובשנים האחרונות בתי החולים בפריפריה מתבססים עליהם. כמו כן, שיעור הכישלונות במבחני ההסמכה גבוהים. רפורמת יציב ופערי השכר בין בתי החולים לקהילה מעמיקים את משבר המחסור ברופאים בבתי החולים, והחלל שנוצר בעקבות רפורמת יציב אינו מזערי

להערכת מנהל מרכז רפואי צפון, רפורמת יציב תחמיר את משבר המחסור ברופאים מומחים. הוא ציין גם כי בתי החולים הגדולים יצליחו למשוך אליהם את המתמחים בוגרי המוסדות בארץ והמוסדות המאושרים, וכך בתי החולים בפריפריה ייקלעו למצוקת רופאים, דבר שבטווח הרחוק יפגע גם ברפואת הקהילה.

לצד הקיטון הצפוי במספר הרופאים החדשים שיתווספו למערכת בשל רפורמת יציב ובדגש על רופאים שיצטרפו לפריפריה, נקט משרד הבריאות פעולות במטרה למזער קיטון זה ולהגדיל את מספר הרופאים בוגרי הארץ או מוסדות מוכרים מחו"ל שיגיעו לפריפריה ובהן: צוערים לרפואה בפריפריה - המשרד השיק בשנת 2022 את תוכנית "אילנות" שכללה 60 סטודנטים לרפואה בעלי זיקה משמעותית לנגב ולגליל, ואשר עם סיום לימודיהם והתמחותם מיועדים להגיע לאזורים אלון¹⁰²; נוסף על כך, המשרד השיק את "רופאים כוכבים" בפריפריה בשנת 2023, תוכנית המרכזת מתמחים מצטיינים ברפואה מכל רחבי הארץ, מציבה אותם בפריפריה ומכשירה אותם כדי שיובילו בעתיד את הרפואה בישראל ובפריפריה בפרט¹⁰³; בשנת 2024 השיק המשרד את תוכנית "אופקים" המציעה הלוואה מותנית למימון לימודי רפואה בחו"ל. לסטודנטים שיבחרו להתמחות במקצועות נדרשים ובפריפריה, תימחק ההלוואה (באופן חלקי או מלא).

יש לראות בחיוב את הפעולות שנקט משרד הבריאות לצמצום הקיטון במספר הרופאים המומחים בפריפריה. עם זאת, נכון למועד סיום הביקורת הן טרם נתנו את אותותיהן, והשפעתן צפויה להתקבל רק בעתיד, זאת במקביל להשלכה הצפויה מרפורמת יציב שתיתן את אותותיה החל בשנת 2026.

102 התוכנית הורחבה ל-90 סטודנטים.

103 לפרוט והרחבה בנושא ראו במסמך מדיניות "הרפורמה בכח אדם רפואי - מדיניות משרד הבריאות בתחום המענה למחסור הרופאים בישראל והעצמת הנגב והגליל" [קישור].



מומלץ כי משרד הבריאות יבחן באופן עיתי את האפקטיביות של הפעולות להגדלת מספר הרופאים בפריפריה בכל הנוגע להתמודדות עם המחסור הצפוי ברופאים.

זמינות הרפואה היועצת בפריפריה

השפעת מודל התחרות בין קופות החולים על התחרות בין הרופאים בפריפריה: על פי חוק ביטוח בריאות, כל תושב מבוטח באחת מארבע קופות החולים. קופות החולים נדרשות לספק למבוטחיהן מגוון רחב של שירותי רפואה באמצעות רופאים מומחים במגוון התמחויות. לקופות החולים מצידן, שיקול דעת לקבוע אלו שירותים הן מציעות למבוטחיהן בכל יישוב. מנתוני משרד הבריאות עולה כי ביישובים בפריפריה מספר הרופאים בקהילה בכל התמחות מצומצם¹⁰⁴ (ראו להלן). צוות הביקורת בדק את הרפואה היועצת הניתנת פנים אל פנים בשבעה יישובים פריפריאליים נבחרים: אופקים, אילת, נתיבות, צפת, קצרין, קריית שמונה ושרות. להלן לוח המציג את מספר המבוטחים בכל אחת מארבע הקופות ביישובים הללו.

לוח 9: מספר המבוטחים בכל אחת מארבע קופות החולים (באלפים) ושיעורם מכלל התושבים ביישוב, 2022

מאוחדת	מכבי	לאומית	כללית	מבוטחים ביישוב	יישוב
0.4 1%	9.8 27%	2.2 6%	24.2 66%	36.5	אופקים
2.1 4%	20.2 35%	3.0 5%	31.9 56%	57.2	אילת
5.7 12%	14.9 32%	0.6 1%	25.9 55%	47.1	נתיבות
5.5 15%	7.8 21%	7.5 20%	17.1 45%	38.0	צפת
0.1 1%	2.3 29%	1.8 22%	3.9 48%	8.0	קצרין
0.1 1%	3.5 16%	2.6 12%	16.0 72%	22.2	קריית שמונה
0.6 2%	7.9 24%	5.3 17%	18.4 57%	32.2	שרות

על פי נתוני הביטוח הלאומי (מבוטחים בקופות החולים לפי צורת יישוב ולפי יישוב 2022), בעיבוד משרד מבקר המדינה.

תחום הנירולוגיה מהווה דוגמה לתחום בעל ביקוש גבוה, המאופיין במשך זמן המתנה ארוך יחסית ושאייננו אחד מחמשת ההתמחויות השכיחות. לפיכך על מנת להמחיש את היצע הרופאים המומחים בקופות החולים השונות ביישובים הפריפריאליים, בדק צוות הביקורת את מספר הנירולוגים בארבע קופות החולים שמציעים שעות טיפול שבועיות בשבעת היישובים הנבחרים, על פי היומנים שלהם¹⁰⁵. בלוח שלהלן מוצג מספר הנירולוגים המציעים שעות טיפול בכל אחת מקופות החולים, חלק מהנירולוגים מציעים שעות טיפול ליותר מקופה אחת והם מסומנים בהדגשה בכל יישוב (למשל בצפת אותו נירולוג נותן שירות למאוחדת ולמכבי):

104 ראו קובץ נתוני רופאים העובדים במגזר הקהילה - משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.
 105 בהתבסס על נתוני משרד הבריאות (קובץ CROWL הכולל את נתוני כל הרופאים ושעות הקבלה בשנת 2023 מתוך אתרי האינטרנט של הקופות).



לוח 10 : מספר הנירולוגים המציעים שעות טיפול בכל אחת מקופות החולים ומספר הנירולוגים המציעים שעות טיפול בקהילה ביישוב, 2023

סה"כ	מכבי	מאוחדת	לאומית	כללית	יישוב
0	0	0	0	0	אופקים
1	1	0	0	0	אילת
1	1	0	0	0	נתיבות
3	1	1	1	1	צפת
3	1	0	1	2	קצרין
4	1	0	1	3	קריית שמונה
3	1	0	1	1	שדרות

על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהלוחות עולה כלהלן:

- באופקים בה כ-36,500 תושבים, אין רופא נירולוג שנותן שעות שירות שבועיות באף אחת מהקופות;
- מאוחדת שהיא הקופה השלישית בגודלה - 14% מתושבי המדינה ו-6% מתושבי שבעת היישובים מבוטחים בה - נותנת שירות של נירולוג רק לתושבי צפת (אותו נירולוג נותן שירות גם למכבי);
- כללית, לאומית ומאוחדת לא מציעות שעות שירות שבועיות של נירולוג לתושבי אופקים, אילת ונתיבות.

המשמעות העולה מהנתונים היא שמבוטחי הקופות, שלא ניתנים ביישובם וביישובים הסמוכים להם שירותי נירולוג, יאלצו לאתר רופא כזה מחוץ ליישובם. מדובר באי נוחות רבה ובמגבלה המקשה במיוחד על אוכלוסיות להן נגישות נמוכה להתניידות ובכלל זה אזרחים ותיקים ואנשים חולים או שלהם מוגבלויות, הדבר חמור במיוחד ביישובים פריפריאליים מאחר והנגישות התחבורתית ביישובים אלו נמוכה¹⁰⁶.

זאת ועוד, ביישוב שבו לא ניתן למבוטחים של קופה מסוימת שירותי נירולוג, המבוטחים לא יוכלו לקבל את השירות מקופה אחרת שכן מספקת את השירות ביישוב. העובדה שמרבית הקופות מציעות רק נירולוג אחד בכל אחד משבעת היישובים (בקצרין מציעה הכללית שני נירולוגים ובקריית שמונה היא מציעה שלושה) מונעת גם אפשרות בחירה של המבוטחים בנירולוג אותו הם מעדיפים, כן נמנעת תחרות בין רופאים בתחום זה. בנסיבות אלו עלול להיפגע השירות שהמבוטחים מקבלים.

מתוך ההמחשה על תחום הנירולוגיה ובהסתכלות מרחיבה על זמינות הרפואה היועצת בפריפריה, עולה שלא מן הנמנע שייוצרו נסיבות שבהן קופה מעסיקה ביישוב מספר רופאים מאותו התחום - ואז תתאפשר למבוטחים בחירה בין הרופאים; לחלופין, מצב שבו הקופה מעסיקה ביישוב רופא יחיד בתחום - ואז למבוטחים אין אפשרות לבחירה בין רופאים; או מצב שבו הקופה אינה מעסיקה ביישוב רופא בתחום מסוים - ואז מבוטחי הקופה יאלצו לקבל את השירות הרפואי שלו הם נדרשים מחוץ ליישוב או לא לקבל אותו כלל¹⁰⁷.

הדגמה של זמינות הרפואה היועצת ביישובי פריפריה מול תל אביב: הלוח שלהלן מתייחס לשבעת היישובים הפריפריאליים ולתל אביב, ומוציגים בו מספר התחומים

106 ראו מבקר המדינה, דוח מיוחד (2019), "משבר התחבורה הציבורית, קידום שירותי התחבורה הציבורית באוטובוסים". בדוח זה עלו ליקויים בכל הנוגע לנגישות תחבורה ציבורית בפריפריה.

107 אפשרות נוספת היא לעבור לקופה אחרת שמציעה את השירות ביישוב. ע"פ נתוני המוסד לביטוח לאומי בשנת 2023 שיעור המעברים בין הקופות נמוך ועמד על 1.9% (ביישובים שאינם חרדים או ערבים שיעור המעבר בין הקופות משמעותית נמוך יותר).



שבהם לפחות אחת מקופות החולים מספקת את השירות ומספר התחומים המוצעים ביישוב על ידי רופא יחידי בקופה אחת.

לוח 11: מספר התחומים המוצעים בלפחות אחת מקופות החולים ביישוב ומספר התחומים שבהם רופא יחידי נותן שירות למבוטחי קופת חולים אחת ביישוב, 2023

יישוב	מס' התחומים שבהם ניתן ביישוב שירות בלפחות אחת מקופות החולים	מס' התחומים שבהם רופא יחידי נותן שירות למבוטחי קופת חולים אחת ביישוב ¹⁰⁸
קצרין	20	6
קריית שמונה	35	15
צפת	32	9
אילת	25	11
שדרות	23	7
נתיבות	23	8
אופקים	18	6
תל אביב	69	15

על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מנתוני הלוח עולה כי ביישובים הפריפריאליים מוצעים בין 18 ל-35 תחומי רפואה שונים, בעוד שבתל אביב, כדוגמה ליישוב במרכז הארץ, מוצעים 69 תחומים כאלו. הדבר מראה שמגוון השירותים שניתן ביישובי הפריפריה מצומצם יותר. כמו כן, מתוך התחומים המוצעים בתל אביב רק ב-22% (15 תחומים) יש רופא יחידי המציע את השירות בקופת חולים אחת ואילו בשבעת יישובי הפריפריה שיעור זה נע בין 28% ל-44%. מכאן, נראה כי גם במעט התחומים המוצעים למבוטחים בפריפריה, מגוון אפשרויות הבחירה בין הרופאים מצומצם יותר.

הלוח שלהלן מציג בעבור כל אחד משבעת היישובים הפריפריאליים וכל אחת מקופות החולים את מספר התחומים בהתייחס למספר הרופאים המומחים שמציעים את השירות - יותר מרופא אחד, רופא אחד, אף רופא.

לוח 12: מספר התחומים שבהם יש לקופה ביישוב יותר מרופא אחד, רופא יחידי או שאין בו רופא מכלל התחומים המוצעים ביישוב לפי קופה, 2023

היישוב	מספר הרופאים	מספר התחומים לפי מספר הרופאים		
		כללית	לאומית	מאחדת
קצרין	יותר מרופא אחד	5	1	0
	רופא יחידי	11	8	0
	אין רופא	4	11	20
קריית שמונה	יותר מרופא אחד	14	4	0
	רופא יחידי	14	6	1
	אין רופא	7	25	34
צפת	יותר מרופא אחד	12	3	5
	רופא יחידי	9	9	12
	אין רופא	11	20	15
אילת	יותר מרופא אחד	8	3	3
	רופא יחידי	8	6	4
	אין רופא	9	16	18

מקרה שבו רופא יחידי נותן שירות ביישוב ביותר מקופת חולים אחת לא נספר כתחום שבו רופא יחידי נותן שירות למבוטחי קופת חולים אחת ביישוב.



מספר התחומים לפי מספר הרופאים				מספר הרופאים	היישוב
מכבי	מאוחדת	לאומית	כללית		
3	0	5	11	יותר מרופא אחד	שדרות
8	0	6	11	רופא יחידי	
12	23	12	1	אין רופא	
6	3	0	11	יותר מרופא אחד	נתיבות
10	9	0	5	רופא יחידי	
7	11	23	7	אין רופא	
6	0	2	9	יותר מרופא אחד	אופקים
5	0	3	5	רופא יחידי	
7	18	13	4	אין רופא	

על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

עולה מהלוח כי בשבעת היישובים שבפריפריה הקופות אינן מספקות את השירות בכל התחומים¹⁰⁹ פנים מול פנים (פרונטלי). כך למשל, 12 מתוך 35 התחומים המוצעים בקריית שמונה, אינם מוצעים למבוטחי מכבי (כ-3,500 מבוטחים), ב-11 מתוך 32 התחומים המוצעים בצפת אינם מוצעים למבוטחי הכללית (כ-17,100 מבוטחים).

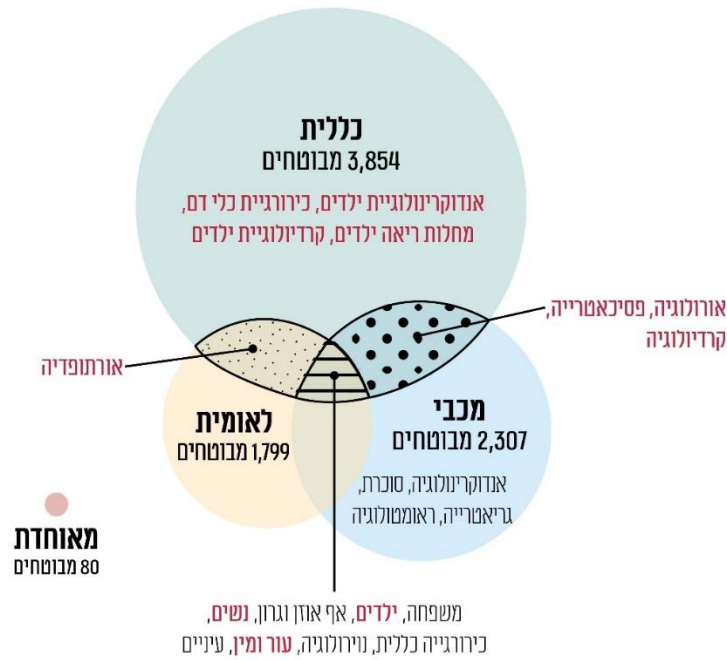
עוד עולה שבתחומים רבים קופות החולים מציעות רק רופא מומחה אחד, ועל כן אין למבוטח ביישוב יכולת לבחור את הרופא המועדף עליו. היות שמבוטח מקופה אחת אינו יכול לקבל שירות מרופא של קופה אחרת ביישוב, הרי שלא רק שנמנעת תחרות בין הרופאים אלא שנפגעת רמת השירות שלה זכאי המבוטח.

בתרשימים שלהלן מוצגת חפיפת תחומי התמחות המוצעים בקצרון ובאילת לפי קופות החולים (למאוחדת יש בקצרון רק 80 מבוטחים ואין לה מרפאה ביישוב).

לקופות החולים יש שירותים דיגיטליים שאינם תלויים במיקום גיאוגרפי כמו: ייעוץ On-line וייעוץ דיגיטלי מרופא לרופא, אשר מאפשרים לרופא המשפחה לקבל ייעוץ מקוון מרופא יועץ בלי לשלוח את המטופל לבדיקה פרונטלית ביישוב אחר.



תרשים 50 : תחומי התמחות שקופות החולים מציעות בקצרון



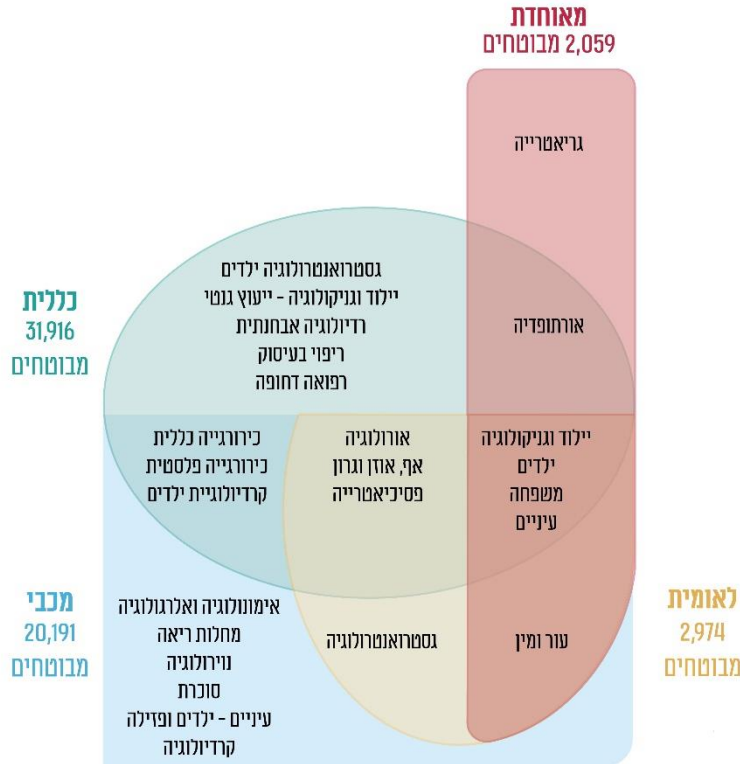
באדום - תחומים שבהם רופא יחידי של הכללית.

על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי קופת חולים כללית, המבטחת כמעט ממצצית תושבי קצרון (כ-48%), מציעה 16 תחומי התמחות למבטחיה. מתוכם, ב-11 תחומי התמחות יש בקופה רק רופא יחידי, כלומר לא ניתנת למבטחים אפשרות בחירה. בשבעה מתוך 11 התחומים הללו יש רופאים נוספים ממכבי ולאומית המציעים ביישוב את השירות. לפיכך, אם המטופלים לא היו חייבים לקבל את השירות רק מרופא הקופה המבטחת אותם הייתה ניתנת בידם אפשרות בחירה שאינה ניתנת כיום. נוסף על כך, קופת חולים מכבי בקצרון מציעה ארבעה תחומים שאינם מוצעים למבטחי כללית, ולכן כאשר הם נדרשים לשירות בתחומים אלו עליהם לפנות לקבלתו פרונטלית מחוץ ליישוב או לנסות לקבל את השירות בצורה דיגיטלית.



תרשים 51 : תחומי התמחות שקופות החולים מציעות באילת



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי ארבע קופות החולים מציעות 25 תחומי רפואה שונים באילת, שבה למעלה מ-57,000 תושבים, מהם רק ארבעה תחומים (יילוד וגניקולוגיה, ילדים, משפחה ועיניים) מוצעים על ידי כל הקופות. יתר תחומי הרפואה ניתנים רק בחלק מקופות החולים. כך לדוגמה: הכללית שמבטחת למעלה ממחצית מתושבי אילת (כ-56%) אינה מציעה רפואת עור - אחד מחמשת התחומים השכיחים ביותר, והיא גם אינה מציעה תחומים נוספים המוצעים על ידי מכבי - הקופה השנייה בגודלה בעיר (35%) כמו קרדיולוגיה, נירולוגיה וסוכרת - תחום שבו שיעור התחלואה הולך ועולה ומהווה את הסיבה השלישית בשכיחותה לתמותה בישראל¹¹⁰. אשר על כן, נאלצים מבטחי הכללית הנדרשים לשירות בתחומים שהכללית אינה מציעה בעיר, לפנות ליישובים אחרים כדי לקבל את השירות.

כללית ציינה בתשובתה כי היא מציעה למבטחיה שירותים מקוונים ובהם ייעוץ רפואי מקוון בתחומים שונים שאינם תלויים במיקום הגיאוגרפי של הרופא. כמו כן, כללית מפעילה גם מערכת ייעוץ מקוון מרופא לרופא המאפשרת לרופא משפחה לקבל ייעוץ מרופא מומחה בלי לשלוח את המטופל לבדיקה פרונטלית ביישוב אחר. עוד ציינה כללית כי הקופה פועלת להגדלת זמינות הרפואה היועצת באמצעות התוכנית להכשרת מתמחים. כמו כן, הקופה מגדילה את היצע הרופאים באמצעות הסכמי השאלה מבתי חולים.

משרד מבקר המדינה רואה חשיבות רבה בפיתוח שירותים מקוונים. עם זאת, במקרים רבים נדרש להפנות מטופלים לביקור פרונטלי אצל רופא מומחה, דבר שלעיתים אינו מתאפשר בשל היעדרות השירות באותו יישוב כפי שתואר לעיל. כמו כן, היצע מוגבל של רפואה יועצת פוגע באפשרויות המטופלים לבחור רופא בהתאם לרצונם.

110 נכון לשנת 2018, לפי מרכז המחקר והמידע, נתונים על מחלת הסוכרת בישראל, ינואר 2023.



כדי להגדיל את זמינות הרפואה היועצת ביישובים פריפריאליים, בהם הנגישות התחבורתית נמוכה, מומלץ כי משרד הבריאות בשיתוף עם קופות החולים ימפה את הצורך במתן שירותים של רפואת מומחים באופן אחוד וזאת כדי להעלות את רמת השירות במיוחד לאוכלוסיות להן נגישות נמוכה להתניידות ובכלל זה אזרחים ותיקים ואנשים חולים או שלהם מוגבלויות.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי המשרד יבחן את נושא זמינות הרפואה היועצת בפריפריה.

השפעת מודל התחרות בפריפריה על שכר הרופאים: הצורך של הקופות לספק שירותי רפואת מומחים בפריפריה לצד מיעוט רופאים מומחים באזורים אלו מביא לתחרות עזה בין קופות החולים על מנת להעסיק את מעט הרופאים הקיימים¹¹¹; מרכיב מכריע בשכנוע של רופא לעבוד במרפאות קופה הנמצאת באזורי פריפריה הוא הצעת שכר גבוהה. הלוח שלהלן מציג את סך ההכנסה הממוצעת - הכנסות מעבודה בבתי חולים ומרפואה פרטית בשנת 2022 של רופאים בקהילה בחמש ההתמחויות השכיחות וברפואת משפחה, במחוזות דרום, צפון ותל אביב.

לוח 13: ההכנסה השנתית הממוצעת של רופאים בחמש ההתמחויות השכיחות וברפואת משפחה בקהילה, לפי מחוזות, (מעוגל למאות אלפים) 2022

רפואה ראשונית	רפואה יועצת (רפואה שניונית)						מחוז
	ממוצע	עיניים	עור ומין	נשים	אף, אוזן וגרון	אורתופדיה	
משפחה							
569	721	710	831	764	648	650	דרום
527	682	709	606	684	668	743	צפון
611	600	545	565	636	632	621	תל אביב

על פי נתוני משרד הבריאות והביטוח הלאומי, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מנתוני הלוח עולה כי בכל חמש ההתמחויות השכיחות, ההכנסה השנתית הממוצעת של הרופאים הנתונים שירות בקהילה בתל אביב נמוכה הן מזו שבצפון (682 אלפי ש"ח אל מול 600 אלפי ש"ח, הבדל של כ-14% בממוצע של חמשת התחומים) והן מזו שבדרום (721 אלפי ש"ח אל מול 600 אלפי ש"ח, הבדל של כ-20% בממוצע של חמשת התחומים). לעומת זאת, ברפואת המשפחה, שבה מספר הרופאים בפריפריה גבוה יחסית, ההכנסה השנתית הממוצעת לרופא בתל אביב גבוהה מזו שבפריפריה בכ-16% מהצפון (611 אלפי ש"ח אל מול 527 אלפי ש"ח) ובכ-7% מהדרום (611 אלפי ש"ח אל מול 569 אלפי ש"ח)¹¹².

פתרונות להרחבת שירותי הרפואה היועצת בפריפריה

בשנת 2017 המליצה הר"י¹¹³ לשקול לאמץ מודל "מרפאה אחודה" ביישובים שבהם יש מחסור במרפאות בקהילה של קופות חולים (מודל זה קיים כיום בחירום). במסגרת מודל זה, קופה אחת תיתן שירותי רפואה יועצת לכל הקופות (והתחשבות בין הקופות תיערך בהתאם) או שכל הקופות יתנו שירותי רפואה יועצת לכל המבוטחים במסגרת אותה מרפאה.

במסגרת שיתוף הציבור שקיים צוות הביקורת, ציינו הרופאים כי אחת הבעיות המרכזיות הפוגעת בשירות למבוטחים היא הנגישות הן של המבוטחים והן של הרופאים. כך, רופא אחד ציין כי:

111 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, 63, "שירותי הבריאות בפריפריה - בתי החולים והקהילה", עמ' 808.

112 על פי נתוני הביטוח הלאומי. הנתונים מתייחסים לסך הכנסה הממוצעת של רופאים המועסקים בקופות החולים, מכלל מקורות ההכנסה שלהם.

113 מתוך נגישות לשירותי רפואת הקהילה בפריפריה - עמדת הר"י, 2017 [קישור].



”
 אנשים שגרים באזור הצפון צריכים לנסוע
 מרחקים ארוכים כדי לקבל טיפול רפואי.
 השירות עצמו לא שונה אבל הזמינות
 נמוכה יותר, וזה משפיע על איכות הטיפול

רופא אחר, (אשר השתתף במפגש מרכזי באופן מקוון שכן הוא היה בנסיעה בין מרפאות בקצרון ובחצור במסגרת עבודתו) הוסיף כי:

”
 רוב שעות העבודה שלי מתבזבזות על
 מעברים בין המרפאות

רופא נוסף אמר:

”
 המודל של מרפאות מקצועיות אזוריות
 גדולות וחזקות על חשבון פיזור רופאים
 מקצועיים ב"יישובי קצה" אינו פשרה
 בשל המצב הקיים. הוא נכון... ללא כל
 תנאי. הוא יקצר את אורך התור, ישפר
 את השירות, את מקצועיות רופאים ואת
 ההוראה, יאפשר לבצע פעולות שונות
 ועוד... מעבר למודל כזה חייב להיות
 מלווה בהצגת היתרונות שלו לציבור

מבנה התחרות בין קופות החולים מתאים לאזורים שבהם היצע הרופאים המומחים בקהילה בכל קופה גדול, למשל באזורי המרכז, אך פחות מתאים לאזורי הפריפריה שם מלכתחילה היצע רופאים אלו מוגבל. צפיפות האוכלוסייה הנמוכה באזורי הפריפריה שאינה מאפשרת לקופות החולים לספק את כל שירותי רפואת המומחים בקהילה ומאלצת על כן את מבוטחי הקופות להתנייד אל יישובים אחרים כדי לקבל שירות רפואי שלו הם זקוקים, מחייבים את המשרד ואת הקופות לבחון מודל שיספק מענה לפער שנוצר ברמת השירות שתושבי הפריפריה מקבלים. יצוין כי בעניין זה המליצה הר"י בשנת 2017 לפעול במודל "מרפאה אחודה" ביישובים שבהם יש מחסור במרפאות בקהילה.

מחסור זה ברופאים בפריפריה צפוי אף לגדול נוכח התחזית של משרד הבריאות הצופה גידול במחסור ברופאים בכלל ונוכח יישום רפורמת יציב שצפויה להקטין את מספר הרופאים החדשים שיצטרפו לאזורי הפריפריה בשל אי-הכרה בלימודי רפואה באוניברסיטאות מסוימות בחו"ל.

יצוין כי בשבועות הראשונים של מלחמת חרבות ברזל מבוטחי קופות החולים שפנו מבתיים יכלו לקבל שירות בכל אחת מהקופות ללא תלות בקופה המבטחת; ואולם זמינות השירות לרפואה יועצת עבור תושבי הפריפריה שלא פונו עלולה להיפגע אף יותר ולכן נדרש להתאים להם מענה ייחודי אחר.

כללית ציינה בתשובתה כי על פי נתוני משרד הבריאות (2020) יש בכל מדינת ישראל 355 רופאים מומחים נוירולוגים מתחת לגיל 67. בהינתן ההיצע הנמוך, קופות החולים אינן יכולות לפרוס שירותים נוירולוגיים ביישובים קטנים (פריפריאליים).



מאוחדת ציינה בתשובתה כי איתור וגיוס של רופאים מומחים בפריפריה מהווים אתגר משמעותי מאוד.

מומלץ כי משרד הבריאות ישקול חלופות למבנה התחרות בפריפריה, כמו מכרזים על אזורים בין קופות החולים, יצירת "מרפאה אחודה" שתציע מאגר של כלל הרופאים ושירותי הרפואה בקהילה למבוטחי כל קופות החולים או חלופות אחרות אשר יגבירו את התחרות בין נותני השירותים. שינוי במבנה התחרות בפריפריה יוכל להביא לתחרות בין הרופאים עצמם, להרחיב את מגוון שירותי הרפואה לכלל התושבים באזור בייחוד בתחומים שבהם היצע נמוך של רופאים כגון נויורולוגיה, לייצר כדאיות כלכלית בהחזקת ציוד רפואי יקר במרפאות ולחזק את בתי החולים הפריפריאליים כדי שיוכלו לספק רפואה שלישונית (בבתי החולים) הולמת לתושבי האזור. מומלץ כי קודם אימוץ חלופה כלשהי יבוצע ניסוי חלוץ (פיילוט).

סיכום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע בין היתר כי שירותי הבריאות יינתנו לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך פרק זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. עקרונות אלה חלים גם על שירותי הרפואה היועצת בקהילה, הניתנים על ידי רופאים מומחים בקופות החולים. סך הכנסות של קופות החולים מרפואה בקהילה היה בשנת 2022 כ-69 מיליארד.

נכון לשנת 2019 מספר הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש בישראל (3.16 מתוקנן) נמוך מהממוצע ב-OECD (3.5), המשמעות היא פער של כ-3,400 רופאים בקירוב לכלל האוכלוסייה. על פי תחזית משרד הבריאות, בשנים הקרובות עלולה להיפגע זמינות שירותי הבריאות הניתנים לאוכלוסייה, ובכלל זה שירותי הרפואה היועצת. בין הסיבות לכך: פרישת רופאים לגמלאות, השלכות של יישום רפורמת יציב שעדכנה את תנאי ההכרה ללימודי רפואה בחו"ל ובעקבות כך נפסלו כמה בתי ספר לרפואה בחו"ל שהזינו כ-34% ממקבלי רישיונות רפואה בארץ, משך הזמן הארוך הנדרש להכשרת רופאים מומחים וכן גידול בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה אשר מגדילים את הביקוש לשירותי רפואה. על כן, מומלץ כי משרד הבריאות ינקוט בפעולות שבכוחן לשפר את רמת הזמינות של שירותי הרפואה היועצת ושאותן ניתן ליישם כבר בטווח הקצר; בכלל זה מומלץ כי משרד הבריאות בתיאום עם קופות החולים יקבע סטנדרט לזמינות השירות הרפואי בקהילה בכלל ההתמחויות ויפרסם אותו לציבור; יבחן את התחומים של הרפואה היועצת שבהם נדרשת הפנייה מרופא המשפחה או רופא הילדים; יאתר את הסיבות לשיעור הגבוה של אי מימוש של תורים, שהוזמנו עד עשרה ימים לפני הביקור, ואת הפער שקיים בין הקופות באשר להיקף תופעה זו וכי הוא יקדם מול הקופות פעולות שיביאו לצמצום התופעה. מומלץ גם שמשרד הבריאות וקופות החולים יגדירו מנגנונים לצמצום התופעה שבה נקבעים תורים אך המבוטחים לא מופיעים אליהם וזאת בלי לבטלם קודם לכן. עוד מומלץ כי משרד האוצר, בהתייעצות עם משרד הבריאות, יבחן את הצורך בגיבוש כללי תגמול לכלל הרופאים ברפואה היועצת המועסקים כעצמאים בקופות החולים, כך שיינתן מענה גם להשלכות אפקט ההכנסה על זמינות הרפואה היועצת.

אזורי פריפריה מעמידים בפני מערכות הבריאות בכל רחבי העולם אתגרים הנובעים מהצפיפות הנמוכה של האוכלוסייה על פני שטח גדול. בנסיבות אלו באזורים המיושבים בצפיפות נמוכה לעיתים אין הצדקה להקמת מרכזים לרפואה יועצת אלא באופן המשרת אזורים נרחבים, או לחלופין הזמינות של רפואה יועצת (שעות שירות רפואי), ככל וקיימת ביישובי הפריפריה, היא נמוכה; לכן נדרשים תושבי הפריפריה לנסוע למקומות מרוחקים מביתם על מנת לקבל את השירות הרפואי לו הם נדרשים.

מומלץ כי משרד הבריאות יבחן חלופות למבנה התחרות בפריפריה בין קופות החולים בפריפריה: למשל הקמת מרכזים על-אזוריים לשירות כלל מבוטחי קופות החולים, פתיחת "מרפאה אחודה" ובה מאגר של רופאים ושירותי רפואה בקהילה מתחומים רבים שישרתו את מבוטחי כל קופות החולים או חלופות אחרות אשר יגבירו את התחרות בין נותני השירותים. נוכח רפורמת יציב והשלכותיה הצפויות בעיקר על אזורי הפריפריה, מומלץ כי משרד הבריאות יבחן באופן עיתי את



האפקטיביות של הפעולות להגדלת מספר הרופאים בפריפריה בכל הנוגע להתמודדות עם המחסור הצפוי ברופאים כדי לקדם את רמת שרותי הרפואה.

נוכח המתאם שנמצא בין גיל המבוטחים למשך המתנה - ככל שהמבוטח מבוגר יותר המתנה לתור ממושכת יותר, מומלץ כי קופות החולים ינקטו פעולות שישפרו את השירות לבני הגיל השלישי. בין השאר מומלץ שיבחנו הקמה של מוקד ייחודי לאוכלוסייה וניהול תורים המותאם לה וכן שיוצע עבודה סיוע באמצעות מתאמי שירות ייעודיים.

המשך מתן שירות זמין בתחום הרפואה היועצת חיוני לקיומה של מערכת בריאות איכותית בהתאם לעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מומלץ כי שר הבריאות ומשרד הבריאות בשיתוף קופות החולים יפעלו לגבש פתרונות שיש בהם כדי להבטיח את זמינות השירות למבוטחים, בפרט בפריפריה - שירות שוויוני לכלל המבוטחים, בדגש על בני הגיל השלישי, ואת הניצול המיטבי של המשאבים.



נספח א' - הקשר בין משתנים נבחרים למשך זמן ההמתנה (בימים) בקופות החולים כללית, מכבי ולאומית בתחומים נבחרים לשנת 2022¹¹⁴

דל הנאמד¹¹⁵:

$$\begin{aligned} \text{Days}_{2022_{ij}} = & \beta_1 \text{Chronic}_j + \beta_2 \text{income}_{2021} + \beta_3 \text{Age} + \beta_4 \text{Haredi_Rate}_{2021_k} + \beta_5 \text{Residents}_{2022_k} \\ & + \beta_6 \text{Small_settlement}_{2022_k} + \beta_7 \text{Jerusalem}_k + \beta_8 \text{North}_k + \beta_9 \text{Center}_k + \beta_{10} \text{South}_k \\ & + \beta_{11} \text{Yosh}_k + \beta_{12} \text{Male} + \beta_{13} \text{Jew}_k + \beta_{14} \text{Mix}_k + \varepsilon_i \end{aligned}$$

בעבור קופה i , בתחום רפואי j , ויישוב k

¹¹⁴ אדום - המשתנה מקושר חיובית עם זמן ההמתנה, ירוק - המשתנה מקושר שלילית עם זמן ההמתנה. כהה מובהקות חזקה - רמת ביטחון של 99%, בהיר- רמת ביטחון של 95% ופסטל - מובהקות חלשה - רמת ביטחון של 90%.

¹¹⁵ הנוסחה היא נוסחה כללית, נעשו התאמות לקופות החולים השונות



כללית														
גריאטריה	ראות	ראומטולוגיה	כיורגית שד ¹¹⁶	סוכרת	פסיכיאטריה	אנדוקרינולוגיה	קרדיולוגיה	עיניים	אף, אוזן וגרון	עור	אורתופדיה	נשים	הכל	
29.68	20.6	43.78	8.25	29.23		48.2	7.21	1.1	18.6	22.89	8.98	9.11	13.3	חותך
2.93	3.18	-3.13	-1.21	11.3		1.87	0.95	1.12	-0.19	-0.18	0.43	-0.08	0.98	חולה כרוני
0	-0.02	-0.1	0.11	0.03		-0.05	0.02	0	-0.02	0.04	-0.02	0.09	0	הכנסה -10,000 ש"ח (2021)
0.08	0.16	0.15	0.39	0.13		0.3	0.13	0.18	0.07	0.08	0.02	0.2	0.08	שנת גיל
-0.08	0	0.12	0.14	-0.34		-0.21	-0.06	-0.04	-0.09	-0.08	0.06	-0.01	-0.01	שיעור חרדים ביישוב (%)
0.01	0	-0.01	0.01	0.02		0	0	0	0	0	0	0	0	תושבים ביישוב - 1,000
3.42	0.44	0.77	2.3	4.57		1.55	1.45	1.36	-1.33	2.08	-0.72	1.54	0.66	יישוב קטן מ-10000
-1.46	-2.95	-14.16	-16.32	-24.3		-31.14	5.78	1.88	-4.04	-3.32	-2.43	-2.03	-0.65	ירושלים
-13.76	1.61	14.24	-4.51	-32.68		-35.52	-0.68	-2.78	-11	-12.62	1.57	-4.79	-2.61	צפון
13.35	10.85	10.07	4.36	-21.61		-26.94	10.64	2.25	-2.24	-9.25	2.62	1.08	0.79	חיפה
-6.09	-6.13	-4.11	5.29	-15.94		-14.6	-0.49	2.73	-1.35	-4	3.45	1.1	0.35	מרכז
-15.85	-9.28	-14.38	0.4	-22.51		-18.4	-1.03	2.87	-8.63	-13.69	10.94	-1.97	-1.15	דרום
2.6	1.66	-9.73	-0.21	-27.21		-22.81	6.72	-1.16	-5.43	-6.26	-0.48	-3.48	-1.25	י"ש
-0.55	-1.63	-1.74	-21.34	-0.91		-1.93	-1.66	-1.94	-0.97	-3.38	-1.2	-10.5	-1.8	מין - זכר
-8.29	9.06	4.63	10.86	14.22		3.48	6.55	4.94	3.09	10.11	2.47	2.36	2.15	יישוב יהודי
-4.02	14.44	0.88	12.13	0.83		1.35	8.27	4.77	0.4	10.53	1.72	1.58	1.51	יישוב מעורב (יהודי-ערבי)
24,608	105,349	35,062	172,525	75,132		117,256	225,549	888,153	736,442	873,694	981,495	1,188,761	7,836,774	מספר תצפיות (N)
מכב														
51.03	22.11	45.43	24.66		39.11	42.85	5.64	17.38	21.88	34.66	20.56	17.82	27.68	חותך
0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	חולה כרוני
0.01	0.20	0.12	0.18		-0.16	0.36	0.26	0.07	-0.02	0.1	-0.01	0.3	0.08	שנת גיל
-0.02	0.00	0.02	0.00		0.00	0.01	0.01	-0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	תושבים ביישוב - 1,000
-5.94	-0.52	0.15	3.18		-0.24	-0.29	1.56	-2.18	0.13	0.28	-1.44	1.21	-0.21	יישוב קטן מ-10000
13.14	-1.09	-3.29	-9.53		13.32	-22.29	-6.18	4.98	-6.48	-8.31	-4.02	-10.51	-6.34	ירושלים
-23.78	-7.87	-10.99	-4.37		2.33	-24.52	-2.88	3.03	-4.42	-13.11	-4.79	-13.90	-7.59	צפון
-24.24	-3.87	-2.76	5.42		6.09	-12.50	17.59	2.87	-4.62	-2.48	-2.88	-12.12	-2.36	חיפה
-0.16	-0.55	0.66	2.07		5.92	2.02	2.48	1.14	1.16	-0.92	1.09	-2.37	0.27	מרכז
-5.78	4.67	2.89	-14.22		9.29	-24.03	9.12	11.00	2.93	-13.81	7.61	-4.13	-2.62	דרום
11.02	-5.19	0.29	-4.02		12.55	-11.83	3.75	1.23	-0.29	-9.52	-1.72	-7.35	-3.87	י"ש
-0.23	-0.66	-0.97	-19.43		2.11	-3.64	0.90	-0.47	0.25	-2.60	-1.10	-5.88	-1.18	מין - זכר
-2.68	-0.87	-7.50	0.98		-1.51	-5.11	3.36	1.98	-6.04	-7.17	-3.53	0.47	-2.90	חברה - חרדית
-4.48	-0.53	-1.18	2.46		-1.86	-2.26	0.59	1.65	-1.59	-0.53	-0.63	0.24	-0.57	חברה - דתית לאומית
6.82	3.00	6.85	-7.99		2.47	2.20	5.18	2.75	-0.54	-0.25	3.37	-1.51	1.48	חברה - רוסית
0.69	-7.84	-4.89	-7.45		0.82	-12.37	-2.13	-8.60	-5.72	-11.10	-2.62	-6.65	-6.11	חברה - ערבית
20,255	80,550	78,609	638,566		188,775	222,649	182,662	770,216	628,339	980,874	1,049,700	1,149,349	7,119,977	מספר תצפיות (N)
לאומית														
13.77	31.83	71.57	36.98	4.75	52.45	26.01	11.3	10.9	12.98	20.25	12.21	10.54	16.54	חותך
0.86	2.02	-1.31	0.67	1.22	0.05	1.14	0.88	2.29	0.55	0.08	0.42	0.28	2.83	חולה כרוני
-0.16	0.00	-0.03	0.08	0.19	-0.07	0.00	0.06	-0.02	-0.02	0.04	0.01	0.06	-0.07	הכנסה -10,000 ש"ח (2021)
0.40	0.07	0.27	0.10	0.2	0.11	0.29	0.14	0.09	-0.01	0.03	0.04	0.07	0.07	שנת גיל
0.02	-0.09	-0.05	0.07	-0.10	-0.04	-0.08	-0.08	-0.01	0.00	-0.09	0.01	0.07	-0.01	שיעור חרדים ביישוב (%)
0.01	0.00	-0.02	-0.03	0.03	-0.01	0.01	0.00	-0.02	-0.01	0.00	0.00	-0.01	0.00	תושבים ביישוב - 1,000
-2.70	-2.23	1.33	-0.71	1.50	0.21	-1.01	-3.09	-1.42	-2.61	-0.78	-0.99	-1.39	-1.86	יישוב קטן מ-10000
-20.25	-21.43	-28.91	1.64	-15.53	-14.15	-27.06	-6.70	12.14	8.35	-4.58	-4.38	6.77	-2.42	ירושלים
2.44	10.01	-36.58	1.24	-4.53	-7.18	-17.00	-7.85	-6.00	-6.32	-9.46	-8.83	-8.71	-9.27	צפון
21.21	1.35	-38.24	-7.70	7.07	0.33	-30.80	-9.57	-1.71	-3.01	-2.76	-5.92	-3.69	-6.39	חיפה
18.27	-7.08	-15.61	3.90	-2.25	-2.78	-8.73	5.42	2.59	1.08	-3.65	-5.18	-4.58	-3.92	מרכז
25.39	0.74	-19.63	-15.13	3.51	-17.97	3.75	-6.78	0.56	1.25	-1.00	0.26	-5.41	-4.25	דרום
-12.42	-6.68	-15.30	-0.90	-9.50	-14.15	-10.28	-6.63	-4.58	5.35	-1.99	-3.00	-2.35	-3.34	י"ש
-2.07	-2.77	-3.37	-15.82	-1.09	1.29	-2.97	-1.42	-1.28	-0.41	-1.86	-0.82	-4.65	1.43	מין - זכר ¹¹⁷
5.03	-2.47	20.12	2.51	7.33	-3.23	23.92	8.50	13.43	6.47	8.40	5.27	4.73	8.06	יישוב יהודי
-4.70	5.48	26.91	17.58	11.41	-2.16	24.22	7.93	12.16	7.28	12.91	6.06	7.58	8.55	יישוב מעורב (יהודי-ערבי)
8,528	32,556	23,231	9,396	20,220	63,976	64,718	76,000	195,125	213,915	284,449	434,693	512,078	2,633,660	מספר תצפיות (N)



על פי נתוני קופות החולים ובעיבוד משרד מבקר המדינה.

הסבר למשתנים:

משתנה	הסבר
משתנה מוסבר - זמן המתנה	מספר הימים בין המועד שבו המבוטח הזמין את התור למועד התור הנקבע
חולה כרוני	משתנה שמקבל ערך 1 אם המבוטח מוגדר חולה כרוני בקופת החולים, ו-0 אחרת
הכנסה	משתנה שמקבל את גובה ההכנסה השנתית של המבוטח בשנת 2021 - בעשרות אלפי ש"ח
שנת גיל	שנה בחייו של המבוטח
שיעור החרדים ביישוב	שיעור החרדים ביישוב בו מתגורר המבוטח על פי נתוני המכון החרדי למחקרי מדיניות
תושבים ביישוב	מספר התושבים הגרים ביישוב בו מתגורר המבוטח - באלפי תושבים
יישוב קטן מ-10,000	משתנה שמקבל ערך 1 אם המבוטח מתגורר ביישוב קטן מ-10,000 תושבים, ו-0 אחרת
ירושלים/ צפון/ חיפה/ מרכז/ דרום/ יו"ש	משתנה שמקבל ערך 1 אם המבוטח מתגורר באזור המסוים, ו-0 אחרת
מין	מין המבוטח
יישוב יהודי	משתנה שמקבל ערך 1 אם המבוטח מתגורר ביישוב יהודי ע"פ הלמ"ס, ו-0 אחרת
יישוב מעורב	משתנה שמקבל ערך 1 אם המבוטח מתגורר ביישוב שמוגדר מעורב ע"פ הלמ"ס, ו-0 אחרת
חברה: חרדי/ דתי לאומי/ רוסי / ערבי (מופיע רק בנתוני קופ"ח מכבי)	משתנה שמקבל ערך 1 אם בנתוני קופ"ח מכבי המבוטח מתגורר באזור המשויך לאוכלוסייה מסוימת, ו-0 אחרת

במכבי - תת-התמחות "רופא/ה כירורג/ית כללי/ת".

116

בקופת חולים לאומית נראה כי ללא הפרדה לתחומים - זמן ההמתנה של נשים קצר מזמן ההמתנה של גברים, אבל כאשר מסתכלים על התחומים השונים (למעט פסיכיאטרייה) - התמונה הפוכה. הדבר נובע מכך שרפואת נשים היא תחום שכיח מאוד המתאפיין בתורים קצרים ביחס לשאר התחומים ובשיעור גבוה מאוד של נשים מטופלות.

117



נספח ב' - מודל המתאם בין שכר הרופאים לשעות הטיפול

$$\begin{aligned}
 Weekly_{hours} = & \beta_1 Income_{0to100} + \beta_2 Income_{100to200} + \beta_3 Income_{200to300} + \beta_4 Income_{300to400} \\
 & + \beta_5 Income_{400to500} + \beta_6 Income_{600to700} + \beta_7 Income_{700to800} \\
 & + \beta_8 Income_{800to900} + \beta_9 Income_{900to1000} + \beta_{10} Income_{1000to1500} \\
 & + \beta_{11} Income_{1500to2000} + \beta_{12} Income_{OVER\ 2000} + \varepsilon
 \end{aligned}$$

נבחן גם המודל:

$$\begin{aligned}
 Weekly_{hours} = & \beta_1 Income_{0to100} + \beta_2 Income_{100to200} + \beta_3 Income_{200to300} + \beta_4 Income_{300to400} \\
 & + \beta_5 Income_{400to500} + \beta_6 Income_{600to700} + \beta_7 Income_{700to800} \\
 & + \beta_8 Income_{800to900} + \beta_9 Income_{900to1000} + \beta_{10} Income_{1000to1500} \\
 & + \beta_{11} Income_{1500to2000} + \beta_{12} Income_{OVER\ 2000} + \beta_{13} Age + \beta_{14} Male + \varepsilon
 \end{aligned}$$

מהות התוצאות בשני המודלים הייתה דומה. בכדי להציג את נקודת הייחוס מוצג המודל ללא משתני הבקרה.



משרד מבקר המדינה
ונציב תלונות הציבור

