

פרק רביעי

ממצאי ביקורות מעקב

ממצאי ביקורות מעקב

פעולות הביקורת

בנושא הספקת שירותי רפואה לחיילים על ידי צה"ל ומשרד הביטחון נערכה ביקורת מעקב אחר תיקון הליקויים שהועלו בדוח שנתי 55א של מבקר המדינה. כמו כן, הורחבה הביקורת למספר תחומים נוספים, וביניהם: תהליך קבלת ההחלטות המתקיים בצה"ל, במשרד הביטחון, במשרד האוצר ובמשרד הבריאות בנושא כיווני ההתפתחות של הספקת שירותים רפואיים לחיילי צה"ל בעתיד ויכולת חיל רפואה לממש את אחריותו לבריאות החיילים נוכח צמצום בסמכותו לתקינת כוח אדם רפואי בגופי צה"ל. עוד מתייחס הדוח לפעילותו של צה"ל בסוגיית המחסור ברופאים צבאיים. הביקורת נערכה במשרד הביטחון ובצה"ל. ביקורות השלמה נערכו במשרד האוצר ובמשרד הבריאות.

נערכה ביקורת מעקב מורחבת באגף שיקום נכים ובאגף משפחות והנצחה שבמשרד הביטחון. הביקורת התמקדה במידת תיקון הליקויים שהועלו בדוח שנתי 55א של מבקר המדינה ובמידת מימוש התחייבויות משרד הביטחון בדיוני הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת בנושאים הקשורים לאגף שיקום נכים ולאגף משפחות והנצחה. בין הנושאים שנבחנו: יישום המלצות דוח ורדי, סמכותה של הוועדה להענקת זכויות לפני משורת הדין (ועדת למ"ד) ואופן פעילותה, ותוקפם של הסדרים כלליים למתן זכויות לפני משורת הדין. הביקורת נערכה באגף שיקום נכים ובאגף משפחות והנצחה. ביקורות השלמה נערכו במשרד הביטחון ובאגף התקציבים שבמשרד האוצר.

נערכה ביקורת מעקב ביחידה להתיישבות ותשתית לאומית שבמשרד הביטחון אשר עוסקת בעיקר במימון רכישת מרכיבי ביטחון ובפרויקטים בתחום התשתית הביטחונית לרשויות המקומיות. בביקורת המעקב נבדקו תיקון הליקויים שנמצאו בביקורת הקודמת ביחידת עוזר שר הביטחון להתיישבות, תשתית ואזורי פיתוח ואשר פורסמה בדוח שנתי 54א.

נערכה ביקורת מעקב בנושא הכשרת הקצונה הבכירה בצה"ל, ובמסגרתה נבדק אם תוקנו ליקויים שהועלו בביקורת הקודמת, שפורסמה בדוח שנתי 57א של מבקר המדינה. ביקורת המעקב נעשתה בצה"ל ובדיקות השלמה נעשו במשרד הביטחון ובמשרד האוצר.

כמו כן, נערכה ביקורת מעקב חוזרת בעניין הדוחות הכספיים של תעש, כדי לבחון אם הנהלת תעש והדירקטוריון שלה עמדו בדרישות חוק החברות, התשנ"ט-1999, וחוק החברות הממשלתיות, התשל"ה-1975, לגבי תהליך אישור הדוחות הכספיים לשנים 2003-2006. הביקורת המקורית פורסמה בדוח שנתי א53 (2002), וביקורת המעקב הראשונה בדוח שנתי א57 (2006).

הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת החליטה שלא להניח על שולחן הכנסת ולא לפרסם פרק זה כדי למנוע פגיעה בקשרי מסחר בין-לאומיים של המדינה, בהתאם לסעיף 17 לחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב].

ממצאי מעקב מורחב

הספקת שירותי רפואה לחיילים על ידי צה"ל ומשרד הביטחון

"הספקת שירותי רפואה לחיילים על ידי צה"ל ומשרד הביטחון",
דוח שנתי 55א (2004), עמ' 45.

תקציר

צה"ל מספק מכלול שירותים רפואיים לחיילים המשרתים בשורותיו בשגרה ובחירום וביניהם: טיפולים ראשוניים; טיפולים אמבולטוריים במרפאות מומחים, במעבדות ובמכונים; וטיפולים הניתנים באשפוז. שירותים אלה ניתנים לחיילים הן במרפאות ובמתקני אשפוז צבאיים והן במרפאות ובבתי חולים אזרחיים.

בסוף שנת 2003 ותחילת שנת 2004 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת על הספקת שירותים רפואיים בשגרה לחיילי צה"ל. ממצאי הביקורת פורסמו בדוח שנתי 55א (להלן - הביקורת הקודמת), והעלו שורה של ליקויים מהותיים בפעילות גורמים העוסקים בנושא בצה"ל ובמשרד הביטחון.

פעולות הביקורת

בתקופה שבין מאי לדצמבר 2007, לסירוגין, ערך משרד מבקר המדינה ביקורת מעקב אחר תיקון הליקויים שהועלו בביקורת הקודמת. כמו כן, הורחבה הביקורת למספר תחומים נוספים, וביניהם: תהליך קבלת ההחלטות בצה"ל, במשרד הביטחון (להלן - המשרד), במשרד האוצר ובמשרד הבריאות בנושא כיווני ההתפתחות של הספקת שירותים רפואיים לחיילי צה"ל בעתיד. בין ינואר לאוגוסט 2008 נערכה ביקורת השלמה בחלק מהנושאים שבבדיקה, ובכלל זה פעילותה של מפקדת קצין הרפואה הראשי (להלן - מקרפ"ר) בסוגיית המחסור ברופאים צבאיים.

עיקרי הממצאים

יישום המלצות מבקר המדינה

מאז פרסום הביקורת הקודמת תיקנו צה"ל והמשרד ליקויים בתחומי הניהול השוטף, התמחור והתקצוב. בין היתר, נערך תמחור מקיף של עלות הפעלתן של המרפאות הצבאיות, הוסדר הניהול התקציבי של רכש שירותי בריאות ממוסדות בריאות אזרחיים, והצטמצמה עד מאוד תופעת הפיגורים בתשלומים לספקי השירותים הרפואיים.

בחינת כיווני התפתחות של הרפואה בצה"ל בעתיד

א. בשנת 2006 החלו מקרפ"ר והאגף הטכנולוגי-לוגיסטי שבמטה הכללי (להלן - אט"ל) בבחינת חלופות לשינוי מערך הרפואה בצה"ל, ובכלל זה בחינת האפשרויות להפריט את כלל שירותי הרפואה, או לחלופין להעביר למיקור חוץ (לאזרח) תחומים מסוימים משירותים אלה. בביקורת עלה, כי תמחור העלויות שהונח בבסיס הבחינה התבסס על הנחות כלליות ולא התייחס לתחומי פעולה מהותיים, כגון: כוח האדם, רפואה בחירום והשינויים הצפויים במאפייני שירותי הרפואה בעתיד, שהיה בהם כדי להשפיע על אומדני עלות החלופות.

ב. בספטמבר 2006 החליטה הממשלה להקים ועדה בין-משרדית לבחינת אפשרויות מיקור חוץ של שירותי רפואה מצה"ל לקופות החולים. בביקורת עלה, כי לא נקבעו הנציגים ממשרד הביטחון, ממשרד האוצר וממשרד הבריאות שיטלו בה חלק, וממילא הוועדה לא התכנסה. נוסף לכך עלה, כי משרדי ממשלה האמורים לא נערכו כלל לקראת כינוס הוועדה מבחינת עבודת מטה שתתמוך בתהליך קבלת ההחלטות.

סל השירותים הרפואיים

צה"ל אינו מפרסם לחייליו את ההיקף ואת התמהיל של סל השירותים הרפואיים שהוא מספק להם, כמו גם את קיום ועדות החריגים לקבלת שירותים בנוסף לאלה הנכללים בסל.

הרופאים בצה"ל

א. על אף המלצת משרד מבקר המדינה בביקורת הקודמת, ולפיה על הגורמים המוסמכים בצה"ל להגדיר על פי צורכי צה"ל מפתחות מעודכנים לתקינת הרופאים בשירות סדיר והתפלגותם, ולוודא שתהיה התאמה בין המצבה לתקן, לא בחן צה"ל באופן מערכתני את תקינת הרופאים בשירות סדיר בכלל גופי צה"ל. בביקורת הנוכחית עלו גם פערים בין תקני הרופאים בשירות סדיר לבין איושם.

ב. בביקורת הקודמת קבע משרד מבקר המדינה, כי על צה"ל להגדיר את מסלול ההכשרה של הרופא הצבאי, וכי על הבדיקה להתייחס לשיקולי עלות ותועלת של כל מרכיבי המסלול. על אף זאת עלה בביקורת הנוכחית, כי עדיין לא קיים בצה"ל תמחור עדכני ומלא של מסלול הרופא, הכולל ניתוח כלכלי של סך העלויות שצה"ל משקיע ברופא הצבאי, תוך התחשבות בתקופות שבהן הוא משרת כרופא צבאי, מוצב במוסדות רפואה אזרחיים לצורכי התמחות והשתלמות ומשרת בתפקידי פיקוד ומטה. חסרונה של בחינה כלכלית כזו פוגמת ביכולתו של צה"ל לבדוק שינויים אפשריים במסלול הרופא הקיים, במטרה לשפרו.

ג. על פי נתוני מקרפ"ר, במהלך שני העשורים האחרונים חלה ירידה משמעותית במספר העתודאים המתחילים ללמוד לימודי רפואה במוסדות להשכלה גבוהה. כתוצאה מכך, נוצר בצה"ל מחסור של עשרות רופאים בשירות חובה, ובמיוחד בתפקידים ביחידות שדה. הפתרון שבחר צה"ל, של הקמת מסלול "צבאי" נפרד לעתודאים לומדי רפואה, עשוי לפתור את הבעיה רק בעוד כעשור.

רכש שירותי רפואה מבתי חולים ממשלתיים

משנת 2003 מבצעים המשרד וצה"ל רכש שירותי רפואה ממשרד הבריאות ללא מסגרת עדכנית מוסכמת, המסדירה את תנאי ההתקשרות בין הצדדים. כתוצאה מכך, טרם תוקנו הליקויים שעליהם הצביעה הביקורת הקודמת, בתחומים של התחשבות בגין רכש שירותי רפואה על ידי המשרד ועבודת כוח אדם רפואי צבאי בבתי החולים.

מימוש אחריותו של חיל הרפואה לבריאות החיילים

א. נוכח שינויים ארגוניים בצה"ל, החל מאפריל 1999 אין באפשרות מקרפ"ר לקבוע את היקף תקני כוח האדם הרפואי בגופי צה"ל על פי תפיסתה המקצועית, דבר המגביל את סמכותה בבואה לממש את אחריותה לבריאות חיילי צה"ל.

ב. משלהי שנות התשעים הסמכות לתקינת ציוד רפואי למרפאות הייתה בשליטת מקרפ"ר; בשנת 2007 היא הועברה למחלקת תכנון וארגון שבאט"ל, דבר שהגביל אף יותר את יכולת מקרפ"ר לנהל את המשאבים הרפואיים על פי קביעותיה המקצועיות.

כיבוד המלצות רופא מומחה ומתן פטורים על רקע רפואי לחיילים

מדי שנה בשנה ממליצים רופאים מומחים במרפאות צבאיות ואזרחיות על עשרות אלפי הקלות ופטורים (זמניים וקבועים) בשירות הצבאי לחיילים בשירות חובה. להערכת מקרפ"ר, חלק מהפטורים ומההקלות אינם הולמים לתנאי השירות ביחידות שבהן משרתים החיילים ולאופיין, ואף יש בהם כדי לפגוע במשמעת הצבאית. מקרפ"ר אינה מקיימת מערכת מעקב ובקרה כלל-צה"לית לנושא. בהיעדרה, אין באפשרות מקרפ"ר לבצע בחינה עניינית של התופעה הפוגעת במשמעת הצבאית ולנקוט את הצעדים הנדרשים לתיקונה.

פניות חיילים לרופאים מומחים

א. מקרפ"ר קבעה יעד של זמן המתנה מרבי לקבלת תור לרופא מומחה - שבועיים לחייל ביחידה קרבית ושלושה שבועות לחייל ביחידה עורפית. על אף זאת, בשנים 2005 ו-2006 המתינו כ-36% וכ-28% מהחיילים (קרביים ועורפיים, בהתאמה) יותר משלושה שבועות לתור לרופאים מומחים במרפאות צבאיות. בביקורת הנוכחית עלה, כי אין בידי המרכז לשירותי רפואה במקרפ"ר (להלן - משר"פ) את הכלים הנחוצים כדי לנתח את הסיבות לחריגות הנ"ל.

ב. בצה"ל לא קיים מאגר מידע, שיכיל את כלל הנתונים הנוגעים להפניית חיילים לקבלת טיפול מרופאים מומחים. בהיעדר מאגר כזה, אין באפשרות משר"פ להציג תמונה כוללת ומהימנה של הפניית החיילים למרפאות מומחים ושל הביקורים בהן. כתוצאה מכך, לא ניתן להסיק מסקנות בנוגע לצעדי התייעלות וחסכון אפשריים בכל הקשור לארגון מערך השירותים של רפואת המומחים בצה"ל ולאיותם.

ג. מנתוני משר"פ ומקרפ"ר עולה, כי כ-50% מהחיילים המופנים לרופאים מומחים אינם מגיעים לקבלת הטיפול: או שאינם קובעים תור, או שקובעים תור אך אינם מתייצבים לטיפול שנקבע. לתופעה זו יש מספר השלכות וביניהן: פגיעה אפשרית

בבריאותם של החיילים וחוסר יעילות ושיבושים בעבודת המרפאות. בידי מקרפ"ר אין את הכלים הנחוצים כדי לבדוד ולנתח את הסיבות לאי-התייצבותם של החיילים. בהיעדר מידע נחוץ זה, הגורמים הרלוונטיים במקרפ"ר אינם יכולים למקד משאבים ומאמצים לטיפול בסוגיה.

הספקת שירותי רפואה במרפאות אזוריות

משלהי שנת 2004 החל צה"ל בתהליך של פתיחה והפעלה של מרפאות אזוריות באמצעות חברת "ביקורופא בע"מ". בהסכם בין המשרד לבין אותה חברה נקבעו מנגנוני פיקוח ובקרה של צה"ל על טיב השירות שיינתן על ידה. לדעת משרד מבקר המדינה, כיוון שמדובר באוכלוסיית חיילים שמחויבת לשירות ביטחון על פי חוק - ולא מתוך בחירה - וכיוון שהחברה האמורה נקבעה כספק יחיד לכל חיילי צה"ל, יש מקום שהמשרד יקבע בהסכם, שחברה זו תעמוד לביקורת של משרד מבקר המדינה, לפי סעיף 9(6) לחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב].

סיכום והמלצות

שירותי הרפואה שצה"ל מספק לחייליו מהווים את אחד הנדבכים הבסיסיים והחשובים במגוון כולל של השירותים הניתנים למשרתים בשירות חובה וקבע ביחידות הלוחמות והעורפיות. על צה"ל מוטלת חובה חוקית לספק שירותים אלה. אולם מעבר לחובה זו, יש לאיכותם ולזמינותם של שירותי הרפואה משמעות ערכית ממדרגה ראשונה, כיוון שנועדו להבטיח את בריאותם של החיילים, שרובם משרתים בשירות חובה על פי חוק; וזאת נוסף להשפעה ישירה שיש להם על כשירות מבצעית של כוחות צה"ל. יצוין, כי מבחינתם של החיילים, לאיכות ולזמינות שירותי הרפואה השפעה על אמונם במערכת הצבאית ומכאן על המוטיבציה לשרת, בעיקר במערך הלוחם. נוכח כל אלה משקיע צה"ל משאבים רבים במערך שירותי הרפואה, לרבות בכוח האדם המקצועי ובאמצעים. ניהול יעיל של משאבים אלה, תוך הקפדה על רף מקצועי גבוה של הטיפול הרפואי, עשוי להביא להתייעלות, לחיסכון ולשיפור השירות.

דוח הביקורת מצביע על ליקויים מהותיים הדורשים פעולות תיקון, וביניהן:

- על משרד הביטחון, משרד הבריאות ומשרד האוצר לקיים את החלטת הממשלה משנת 2006 ולהקים ועדה בין-משרדית לבחינת עתיד מערך שירותי הרפואה בצה"ל.
- היעדר רופאים ביחידות שדה הוא מצב חמור מאוד שאין להשלים עמו. בהתקיים מחסור ברופאים כפי שצה"ל מציג, ראוי שצה"ל וועדת תכנון ותקצוב של המועצה להשכלה גבוהה יסכמו בדחיפות, בשיתוף עם הפקולטות לרפואה, את הדרך המיטבית להגדלת מספר העתודאים הלומדים לימודי רפואה.
- על משרד הביטחון ועל משרד הבריאות לסכם, ללא דיחוי נוסף, את תנאי ההסדר החדש לרכש שירותי רפואה עבור צה"ל מבתי החולים הממשלתיים.

• על צה"ל לתת את הדעת למצב הנוכחי, שבו קיצוץ בסמכויות חיל הרפואה בקביעת תקני כוח אדם רפואי ואמצעים, מקשה על החיל לממש את אחריותו החוקית לבריאות החיילים.

• על חיל הרפואה לשפר את מערכות הבקרה, שנועדו לבחון את אופן הספקתם ואת איכותם של שירותי הרפואה ולטפל בנושאים הדורשים תיקון.

במועד סיום הביקורת נמצא חיל הרפואה בתהליך בחינה וארגון, שעיקרו זיהוי תחומי פעילות שראוי להוציא למיקור חוץ והתמקדות פעילות מערך הרפואה הצבאי בהספקת שירותי הרפואה לחיילים המשרתים במערך הלוחם; כל אלה תוך שיפור בזמינות ובאיכות שירותי הרפואה המסופקים לכלל החיילים. לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שכל הגורמים הרלוונטיים ובראשם צה"ל, יפעלו לתיקון הליקויים שעלו בביקורת, זאת במיוחד לנוכח התהליך האמור.



מבוא

במסגרת ביצוע משימותיו הלוגיסטיות, ומאז 1995 גם בתוקף חובה חוקית, שמקורה בסעיף 55 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות ממלכתי), מספק צה"ל שירותים רפואיים לחיילים, ובעיקר לאלה המשרתים בשירות סדיר (חובה וקבע). השירותים הרפואיים שצה"ל מספק, בשגרה ובחירום, הן לחיילים במערך הלוחם והן במערך העורפי, הם רחבים וכוללים: טיפולים ראשוניים (רפואה ראשונית); טיפולים אמבולטוריים במרפאות מומחים, במעבדות ובמכונים (רפואה שניונית); וטיפולים הניתנים באשפוז (רפואה שלישונית). שירותים אלה ניתנים לחיילים הן במרפאות צבאיות ובמתקני אשפוז צבאיים¹ והן במרפאות ובבתי חולים אזרחיים.

האחריות על משק הריפוי מוטלת בצה"ל על האגף הטכנולוגי-לוגיסטי שבמטה הכללי (להלן - אט"ל)². מאז שנת 1999 פועלת מפקדת קצין הרפואה הראשי (להלן - מקרפ"ר) במסגרת אט"ל וכפופה לראש אט"ל. פקודת ארגון מקרפ"ר קובעת, שחיל הרפואה, בראשותו של קצין הרפואה הראשי (להלן - קרפ"ר), הוא הסמכות המקצועית ומפקדת חיל ראשי לתחום הרפואה בצה"ל. בין תפקידיה של מקרפ"ר: קביעת עקרונות ומדיניות של הרפואה בצה"ל בשגרה ובחירום. במסגרת מקרפ"ר פועל המרכז לשירותי רפואה (להלן - משר"פ), שהוקם בשנת 2000 כמרכז לוגיסטי להספקת שירותי רפואה. משר"פ הוא גוף ביצועי של מקרפ"ר, ותפקידו בתחום שירותי הרפואה כוללים: אחריות לתכנון ולארגון שירותי הרפואה ולפיקוח עליהם; הספקת שירותי רפואה ראשונית במרחב העורפי ושירותי רפואה שניונית ושלישונית לכלל צה"ל; והגשת דרישות רכש לאגף מיבצעים לוגיסטיים ונכסים שבמשרד הביטחון (להלן - המשרד), המבצע את הרכש של שירותים רפואיים ותרופות מספקים חיצוניים.

בסוף שנת 2003 ובתחילת שנת 2004 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת על הספקת שירותים רפואיים בשגרה לחיילי צה"ל (להלן - הביקורת הקודמת). ממצאי הביקורת פורסמו בדוח שנתי

1 רוב הרפואה השלישונית מסופקת על ידי בתי חולים אזרחיים.

2 בינואר 2006, בעקבות שינוי ארגוני שביצע צה"ל, שונה שמו של אט"ל לאגף לוגיסטיקה, רפואה ומרכזים - אלר"ם. במאי 2008, נוכח שינוי ארגוני נוסף בצה"ל, הוחזר שם האגף לאט"ל.

55א³ והעלו שורה של ליקויים מהותיים בפעילות גורמים העוסקים בנושא בצה"ל ובמשרד, בעיקר בתחומים של קביעת סל השירותים הרפואיים, תמחור הפעילות של חיל הרפואה, קביעת תקנים לרופאים והעמידה בהם, ניתוח כדאיות מסלול הכשרת רופא צבאי, רכש שירותי בריאות ממערכת הבריאות האזרחית, ותכנון ומימוש התקציב.

בתקופה שבין מאי לדצמבר 2007, לסירוגין, ערך משרד מבקר המדינה ביקורת מעקב אחר תיקון הליקויים שהועלו בביקורת הקודמת. כמו כן, הורחבה הביקורת למספר תחומים נוספים, וביניהם: תהליך קבלת ההחלטות המתקיים בצה"ל, במשרד, במשרד האוצר ובמשרד הבריאות בנושא כיווני ההתפתחות של הספקת שירותים רפואיים לחיילי צה"ל בעתיד ויכולת מקרפ"ר לממש את אחריותה לבריאות החיילים נוכח צמצום שנעשה בסמכותה לתקינת כוח אדם רפואי בגופי צה"ל. כמו כן, בין ינואר לאוגוסט 2008 נערכה ביקורת השלמה בחלק מהנושאים שבבדיקה, ובכלל זה פעילותה של מקרפ"ר בסוגיית המחסור ברופאים צבאיים. הביקורת נערכה במשרד: באגף מיבצעים לוגיסטיים ונכסים, באגף התקציבים (להלן - את"ק) ובאגף הכספים (להלן - אכ"ס); בצה"ל: באט"ל, במקרפ"ר, במשרד"פ, בחיל האוויר והחלל (להלן - ח"א), בזרוע היבשה, ובאגף התכנון שבמטה הכללי (להלן - אג"ת). בדיקות השלמה נערכו במשרד האוצר, במשרד הבריאות ובוועדת תכנון ותקצוב של המועצה להשכלה גבוהה.

מעקב אחר תיקון הליקויים

בביקורת הקודמת העלה משרד מבקר המדינה שורה של ליקויים מהותיים בתחום הספקת שירותי רפואה לחיילי צה"ל וביניהם:

1. תהליך קבלת ההחלטות על היקף השירותים הרפואיים שראוי לספק נעשה ללא תמחור מלא ועדכני של כלל מערך המרפאות הצבאיות, לרבות מתקני אשפוז;
2. תכנון לקוי של תקציב שנועד לרכש שירותי אשפוז וטיפולים אמבולטוריים ממוסדות ריפוי אזרחיים⁴; כתוצאה מכך היה צורך במתן תוספות תקציב משמעותיות במהלך שנות העבודה, ובהתאם לכך נוצרה חריגה גדולה בביצוע התקציב ביחס לתכנון השנתי;
3. עיכובים משמעותיים בתשלומי המשרד לספקים אזרחיים של השירותים הרפואיים, בעיקר בשל תקצוב חסר;
4. לא נבחנה ההשקעה מתקציב הביטחון במסלול ההכשרה של הרופא הצבאי (להלן - מסלול רופא), כבסיס לבדיקת הכדאיות של השקעות צה"ל במסלול זה בהשוואה לחלופות;
5. חלק ניכר מרכש שירותי הרפואה השניונית והשלישונית נעשה על פי הסדר מסורבל ולא עדכני שבין המשרד לבין משרד הבריאות;
6. תקנים לא מעודכנים של רופאים בשירות צבאי ופערים בין התקנים לבין מצבת הרופאים;
7. אשר לכלל מערך הספקת השירותים הרפואיים על ידי צה"ל קבע משרד מבקר המדינה, כי קיים צורך בבחינה ובהערכה יסודיות של מערך זה, ובקביעת כיווני ההתפתחות של הספקת שירותים אלה בעתיד, מתוך ראייה רחבה של כלל צורכי צה"ל.

3 מבקר המדינה, דוח שנתי 55א (2004), "הספקת שירותי רפואה לחיילים על ידי צה"ל ומשרד הביטחון", עמ' 45.

4 סעיפי תקציב: ביקורים בחדר מיון, אשפוז במוסדות אזרחיים וטיפולים במרפאות חוץ.

בביקורת המעקב עלה, כי מאז פרסום הביקורת הקודמת תיקנו צה"ל והמשרד ליקויים בתחומי הניהול השוטף, התמחור והתקצוב. בין היתר, נערך תמחור מקיף של עלות הפעלתן של המרפאות הצבאיות, הוסדר הניהול התקציבי של רכש שירותי בריאות ממוסדות בריאות אזרחיים, והצטמצמה עד מאוד תופעת הפיגורים בתשלומים לספקי השירותים הרפואיים. עם זאת, עלה בביקורת המעקב, כי חלק מהליקויים תוקנו רק חלקית וחלק לא תוקנו כלל, כלהלן:

בחינת כיווני התפתחות של הרפואה בצה"ל בעתיד

במהלך השנים 2004-2007 התקבלו במדינה, בדרג בכיר של מקבלי ההחלטות, מספר החלטות והותנעו תהליכים הנוגעים להספקת שירותי רפואה על ידי צה"ל, אשר חידדו בפניו את הצורך בבחינה מקיפה של מערך הספקת שירותי הרפואה לחיילים בעתיד, כלהלן:

1. נוכח ממצאי הביקורת הקודמת החליטה ועדת שרים לענייני ביקורת המדינה בספטמבר 2004, שצה"ל ישלים את עבודת המטה שבה החל, הבודקת את עניין אזורי המרפאות הצבאיות, המספקות שירותים רפואיים למשרתי קבע ולחיילי צה"ל המשרתים בעורף. עוד החליטה הוועדה, כי במסגרת עבודת המטה, יילקחו בחשבון הערות משרד מבקר המדינה המתייחסות לצורך בנתונים מלאים ועדכניים, החיוניים לקבלת החלטות לטווח הארוך, ובנייתו כלכלי ריאלי של כלל העלויות הכרוכות בהפעלת מערך המרפאות הצבאיות. החלטה זו קיבלה תוקף של החלטת ממשלה.

2. בספטמבר 2006 החליטה הממשלה⁵ להטיל על שר האוצר, שר הביטחון ושר הבריאות להקים ועדה שתבחן מתן שירותי רפואה לכלל החיילים המשרתים בשירות סדיר באמצעות קופות החולים (להלן - הוועדה הבין-משרדית). עוד נקבע בהחלטת הממשלה, כי המלצות הוועדה יכללו, בין היתר, התייחסות להעברת התקציב המיועד למימון שירותי בריאות בצה"ל לתקציב משרד הבריאות המיועד למימון סל הבריאות, וכן צמצום מערך הרפואה בצה"ל למתן שירותים אשר קופות החולים אינן יכולות לספקם. בנוסף לכך נקבע, כי המלצות הוועדה הבין-משרדית יוגשו לשרים עד 1.3.07.

3. ב-8.5.07 אושרה בקריאה ראשונה בכנסת הצעת חוק שירות המילואים, התשס"ז-2007 (להלן - חוק המילואים)⁶. מטרת הצעת החוק הייתה, בין היתר, להגדיר מחדש את מבנה מערך המילואים של הצבא, וכן את המתווה לזימון אזרחים לשירות המילואים. מודל שירות המילואים החדש, כפי שבא לידי ביטוי בהצעת החוק, הגביל את המשימות שלשמן ניתן לזמן אזרחים לשירות, על מנת להבטיח כי נטל המילואים יצומצם למינימום הכרחי. מאחר שרפואת מומחים במרפאות הצבאיות התבססה בעיקר על רופאים מומחים המגויסים לשירות מילואים פעיל, החלת חוק המילואים הייתה עלולה לצמצם במידה ניכרת את יכולתו של צה"ל לספק רפואה שניונית במסגרת צבאית, במתכונת הקיימת.

יצוין, כי כבר במהלך 2006 במסגרת המהלכים לצמצום ולהתייעלות שנבחנו לקראת גיבוש תכנית העבודה הרב-שנתית "קשת"⁷, החלו מקרפ"ר ואט"ל בעבודת מטה לבחינת החלופות לשינוי מערך הרפואה בצה"ל (להלן - "הרפואה לאן"). הצורך בביצוע עבודת מטה זו עלה ביתר שאת נוכח החלטת הממשלה מספטמבר 2006 להקים את הוועדה הבין-משרדית, ונוכח ההשלכות הצפויות מהחלת חוק המילואים.

5 החלטת ממשלה מס' 483 מיום 12.9.06.

6 לאחר מועד סיום הביקורת התקבל בכנסת חוק שירות המילואים, התשס"ח-2008, והתפרסם ברשומות ב-16.4.08.

7 "קשת" - תכנית עבודה רב-שנתית של צה"ל, שגובשה במהלך 2006 ושהייתה אמורה להתממש החל משנת 2007. תכנית זו לא מומשה.

במסגרת העבודה "הרפואה לאן" בחנו מקרפ"ר ואט"ל שלוש חלופות להתנהלות מערך הרפואה בצה"ל בעתיד⁸, כלהלן:

1. "אזרוח" כולל של שירותי הרפואה בצה"ל: על פי חלופה זו, חוק ביטוח בריאות ממלכתי יחול על כלל החיילים בשירות סדיר, ולפיכך הם יבוטחו בקופות החולים. על פי הערכות צה"ל, מימוש החלופה היה כרוך בשינוי החקיקה הקיימת⁹, נוכח הסרת האחריות לבריאות החיילים מצה"ל והעברתה לגורמים אזרחיים.

2. "מיקור חוץ אורכי": על פי חלופה זו, צה"ל יהיה אחראי להספקת שירותי רפואה לחיילים בשירות חובה בלבד. שירותי הרפואה הראשונית לחיילים במערך השדה יסופקו באמצעות מערך חיל הרפואה, ושירותי הרפואה הראשונית לחיילים ביחידות העורפיות יסופקו באמצעות ספקים חיצוניים, שייבחרו במסגרת תהליך של מיקור חוץ. על פי חלופה זו, כלל שירותי הרפואה השניונית לחיילים בשירות חובה יינתנו על ידי ספקים חיצוניים. אשר למשרתי הקבע נקבע, כי הטיפול הרפואי בהם יסתמך על חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולפיכך הם יבוטחו בקופות החולים.

3. "מיקור חוץ רוחבי": על פי חלופה זו, צה"ל יהיה אחראי להספקת שירותי רפואה לכלל החיילים בשירות סדיר, כאשר צה"ל יספק את שירותי הרפואה הראשונית, ואת שירותי הרפואה השניונית יספק ספק חיצוני שייבחר במסגרת תהליך של מיקור חוץ.

העבודה "הרפואה לאן" הציגה יתרונות וחסרונות שביישום החלופות הנ"ל והמליצה, בין היתר, להימנע מאזרוח של שירותי הרפואה ומהסרת האחריות לבריאותם של החיילים מצה"ל. עוד המליצה העבודה, על שימור הרפואה הראשונית בצה"ל תוך המשך ייעול השירות הרפואי הן בהיבט האיכותי והן בהיבט המשאבי. החלופה שהומלצה בסיכום העבודה היא גרסה המשלבת את החלופה הרוחבית, שעיקרה התמקדות צה"ל במתן שירותי הרפואה הראשונית, תוך כדי בחינת אפשרויות למיקור חוץ של רפואת חיילי הסדיר בעורף. במאי 2007 הציג קרפ"ר את החלופות לשינוי במבנה ובארגון מערך הרפואה המבוססות על עבודת "הרפואה לאן" לרמטכ"ל, רא"ל גבי אשכנזי, לקראת קביעת מדיניותו בנושא.

בביקורת נבחנו ההנחות שבבסיס העבודה "הרפואה לאן", מתודולוגיית ביצועה והמסקנות העולות ממנה. להלן הממצאים שעלו:

1. תמחור החלופות

קביעת עלות החלופות השונות והערכת החסכונות הצפויים מתהליך יישומן, אמורות לספק למקבלי ההחלטות מידע חשוב על כדאיותן הכלכלית של כל אחת מהן ביחס לאחרות. תמחור הולם של התשומות מהווה בסיס הכרחי לקביעת אומדנים לעלות החלופות, ועליו להתבסס על המידע העדכני הקיים אודות הפעילויות הנדרשות לביצוע, נוכח הערכת הצרכים: אלה הקיימים ואלה הצפויים בעתיד בשל השינויים שיחולו במערכים, בהתקיים כל אחת מהחלופות.

בביקורת עלה, כי תמחור העלויות שהונח בבסיס העבודה "הרפואה לאן" התבסס על הנחות כלליות ולא התייחס לתחומי פעולה מהותיים, שהיה בהם כדי להשפיע על אומדני עלות החלופות, כמפורט להלן:

א. בעבודה לא נלקחו בחשבון עלויות בגין השינויים הצפויים במלאים ובתשתיות של חיל הרפואה נוכח יישום החלופות השונות.

8 העבודה התמקדה במערך הספקת שירותי רפואה לחיילים בשירות סדיר.
9 סעיף 55 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ב. תמחור החלופות השונות לא התחשב בעלויות הכרוכות בסגירת חלק מהמרפאות ומהמחנות של חיל הרפואה, ובעלויות הנובעות משינויים שיידרשו בהסכמים הקיימים עם הספקים של שירותי בריאות במגזר האזרחי.

ג. תמחור החסכוניות, שמקורם בצמצום כוח האדם, נעשה על בסיס הערכה כללית בלבד. בהקשר זה ציין סגן קרפ"ר בפברואר 2007, כי השיטה שנבחרה בעבודה למיפוי המקורות והשימושים של התקנים בחלופות השונות היא שיטה של הערכה כללית, אשר אינה מתחייבת לתקנים ספציפיים. עוד ציין, כי עבודת התמחור הסתמכה על הנחות יסוד גסות ולא ירדה לפרטי פרטים.

ד. העבודה לא התייחסה כלל למערך שירותי הרפואה בחירום, המהווה את אחד מאבני היסוד של ייעוד חיל הרפואה, ואשר עלויות שימורו והפעלתו בעת הצורך שונות מהותית מחלופה לחלופה.

ה. ככלל, העבודה התייחסה למצב מערך הרפואה בצה"ל כפי שהיה בשנת 2006. השינויים העתידיים במערך זה ובמאפייניו נוכח יישום החלופות השונות לא נבחנו מבחינה כלכלית וממילא לא הוצגו. כך לדוגמה, לא נבחנה המשמעות הכלכלית של שיפור השירות הרפואי בחלופות השונות בעתיד, זאת אף כי שיפור השירות הוגדר כאחד היעדים החשובים לעתיד, ועלות מימושו שונה מהותית בין החלופות השונות.

ו. בהוראת המשרד, שעניינה "הוראות כלכליות להתקשרויות משרד הביטחון - תמחור אחיד והשקעות במערכת הביטחון", נקבעו כללים לתמחור פעילותם של אנפי המשרד וגופי צה"ל¹⁰, לרבות לצורך קבלת החלטות בנושא ביצוע עצמי מול רכש. על פי ההוראה, היועץ הכלכלי למערכת הביטחון נושא באחריות מטה לקביעת כללים אלה, לעדכוןם ולבקרה על יישומם, בתיאום עם את"ק.

על פי הוראת הפיקוד העליון, שעניינה "היועץ הכספי לרמטכ"ל", בין תפקידיו של היועץ הכספי לבחון משמעות כלכליות ותקציביות בתחומים של סדרי כוחות וכוח האדם, הכל לפי העניין והצורך. היועץ הכספי משמש גם כראש את"ק, ובתפקידו זה הוא כפוף לרמטכ"ל המשרד. על פי הוראת המשרד, שעניינה "אגף התקציבים - ייעוד, ארגון והגדרת תפקידים", על את"ק לעסוק, בין היתר, בהכנת המשמעות הכלכליות והתקציביות ובהצגתן בפני מקבלי החלטות בתחומים של סדר כוחות, כוח אדם והצטיידות.

על אף האמור בהוראות הנ"ל עלה בביקורת, כי מקרפ"ר ואט"ל ביצעו את העבודה "הרפואה לאן" באופן עצמאי, ללא שיתופם של היועץ הכספי לרמטכ"ל ושל היועץ הכלכלי למערכת הביטחון.

כתוצאה מההתנהלות דלעיל נוצר מצב לא תקין, שבו העבודה לבחינת שינוי אסטרטגי במערך שירותי הרפואה בצה"ל, ששימשה בסיס להצגה לרמטכ"ל לקראת קביעת מדיניותו בנושא, נעשתה בלעדית על ידי מקרפ"ר ואט"ל, העוסקים בהפעלת מערך שירותי הרפואה בשוטף. ההנחות שבבסיס העבודה, מתודולוגיית הכנתה, בסיס הנתונים שביסודה ואופן תמחור החלופות שנכללו בה לא נבחנו על ידי גורמים מקצועיים בצה"ל ובמשרד המפקדים על ההיבטים הכלכליים של שינוי מסוג זה.

בהתייחסותו מיוני 2008 לממצאי הביקורת הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה, בין היתר, כי "מטרת עבודת התמחור הייתה לבחון בצורה ראשונית את כדאיות המהלך". עוד מסר, כי נוכח זאת

10 גופים בצה"ל, שהוקצתה להם מסגרת תקציבית, והם נושאים באחריות לאופן השימוש והניצול של התקציב שהועמד לרשותם.

בשלב זה של הפרויקט התבצע "תמחור גס" לצורך קבלת אומדן, ולא תמחור מלא של החלופות. עוד ציין צה"ל, כי חלופת האזרח הכוללת התבררה כזולה ביותר. עם זאת הובהר, כי ההחלטה בעניין זה היא ערכית בעיקרה ולא כלכלית, זאת על בסיס האחריות המוחלטת של צה"ל לבריאות חייליו.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי אין חולק על זכותו של צה"ל לקבוע מדיניות בהתבסס בעיקר על השיקולים הערכיים, אולם, לתהליך קביעתה של מדיניות זו ראוי שתלווה בחינה כלכלית מקיפה לצורך קביעת עלותה. עוד יודגש, כי ראוי שאומדן כדאיות כלכלית יתבסס על מידע מקיף, על הנחות סבירות, ובמיוחד יתייחס לכל תחומי העשייה שעלותם עשויה להיות שונה בחלופות השונות שבבחינה. ללא כל אלה, אין ודאות שתוצאות התמחור ידרגו בצורה נכונה את החלופות ויתנו אומדן אמין לגבי עלותה של כל אחת מהן - הן כנתון מוחלט והן ביחס לאחרות. לדעת משרד מבקר המדינה, דווקא בשאלות מרכזיות, כגון קביעת המדיניות העתידית בנושא הרפואה בצה"ל, חשוב היה לשתף בעבודה הכלכלית את הגורמים במערכת הביטחון העוסקים בתחומים הכלכליים, וזאת במיוחד נוכח מתודולוגיית ביצועה כמתואר לעיל וביסוסה על מידע שלא היה מלא.

2. הוועדה הבין-משרדית

כאמור, בספטמבר 2006 החליטה הממשלה להקים ועדה בין-משרדית לבחינת אפשרויות מיקור חוץ של שירותי רפואה מצה"ל לקופות החולים, שמסקנותיה יוגשו עד מרס 2007. עד למועד סיום הביקורת, דצמבר 2007, לא נקבעו הנציגים ממשרד הביטחון, ממשרד האוצר וממשרד הבריאות שייטלו בה חלק וממילא הוועדה לא התכנסה. נוסף לכך עלה בביקורת, כי משרדי הממשלה האמורים לא נערכו לקראת כינוס הוועדה מבחינת עבודת מטה שתתמוך בתהליך קבלת ההחלטות, כמפורט להלן:

א. משרד האוצר, שיזם את הקמת הוועדה, לא פעל לאיתור ולבחינה של החלופות להספקת שירותי רפואה לחיילי צה"ל, לבחינת הכדאיות מבחינת המשק, ולקביעת עמדתו לקראת דיוני הוועדה הבין-משרדית. בהקשר זה יצוין, כי גם הצעתו, כפי שבאה לידי ביטוי בהחלטת הממשלה, לדון בהעברת תקציבי רפואה מצה"ל לקופות החולים, לא נתמכה בנייתוחי כדאיות מנקודת מבט משקית.

ב. כפי שתואר לעיל, משרד הביטחון לא נטל חלק בעבודת המטה של צה"ל בנושא ארגון מחדש של שירותי הרפואה הצבאיים בעתיד, ובכלל זה בבחינת הכדאיות של מיקור החוץ שלהם - לא כשותף לעבודה ולא כגוף העוסק בבקרה. מעבר לכך, על אף החלטת הממשלה, המשרד לא יזם פנייה לצה"ל כדי להתניע עבודת מטה כזו ולא קיים עבודה עצמאית לקביעת עמדתו לקראת כינוס הוועדה הבין-משרדית.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי היעדר יוזמה מצד המשרד בולטת לא רק נוכח החלטת הממשלה האמורה אלא גם נוכח קביעות משרד מבקר המדינה בדוח בנושא "אזרח משימות במערכת הביטחון"¹¹. בהתייחס לתהליכי מיקור חוץ המתקיימים בצה"ל נקבע שם כלהלן: "על משרד הביטחון להתוות מדיניות ברורה בנושא אזרח המשימות וליצור כלים ומנגנונים כלכליים תומכים בידי הגופים, לשם קידומו. כן עליו לקבוע את הכללים ואת השיטה שלפיה ינוהל ויבוקר הטיפול בתהליך, ולעגן את הפעילות בנושא בהוראותיו".

ג. משרד הבריאות לא קיים גם הוא בחינה של השפעות אפשריות שיהיו להפרטת הרפואה הצבאית על שירותי הבריאות במשק, בין היתר בהיבטים של עלויות ושל יכולת מוסדות הרפואה האזרחיים לתת שירותים לאוכלוסיית חיילי צה"ל, על צרכיה הייחודיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש לראות בחומרה את חוסר המעש מצד משרד האוצר, משרד הביטחון ומשרד הבריאות לנוכח החלטת הממשלה, שבא לידי ביטוי באי-זימונה של הוועדה הבין-משרדית ובהיעדר הכנה מינימאלית לקראת דיוניה. במצב של אי-כינוס הוועדה והיעדר עמדות מקצועיות של משרדי הממשלה האמורים, ביצע צה"ל עבודת מטה עצמאית וקיבל החלטות הנוגעות לארגון מערך הרפואה הצבאי כעתיד מתוך ראייה חד-צדדית, שאינה מתייחסת לכלל המשק. כתוצאה מכך נוצר מצב, שבו גם אם תתכנס הוועדה הבין-משרדית, תוצג לפנייה רק עמדה מגובשת אחת - זו של צה"ל - הרואה את הסוגיה מנקודת מבט של צורכי הביטחון. נוסף לכך, בהיעדר עבודת המטה מצד משרדי הממשלה האמורים, לא יהיה באפשרותם להתמודד בצורה מבוססת עם טיעונו של צה"ל.

בהתייחסותו ממאי 2008 לממצאי הביקורת הודיע משרד האוצר למשרד מבקר המדינה, כי לאחר סיום הביקורת הוא פנה באפריל 2008 אל מנכ"ל משרד הביטחון בבקשה לפעול להקמת הוועדה. נוסף לכך, מסר סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר למשרד מבקר המדינה ביולי 2008, כי בעקבות הביקורת החל משרד האוצר לבחון אפשרויות שונות לארגון מחדש של מערך שירותי הרפואה של צה"ל.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי הדבר נעשה באיחור, וכי על משרד הביטחון, משרד האוצר ומשרד הבריאות לפעול בהקדם להקמת הוועדה הבין-משרדית ולביצוע עבודת המטה הנדרשת מצדם.

סל השירותים הרפואיים

סל השירותים הרפואיים בצה"ל מקיף את מכלול השירותים והתרופות שזכאים לקבל החיילים במסגרת שירותם הצבאי, והוא זהה ביסודו לסל שירותי הבריאות שתושב המדינה זכאי לו על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מעבר לסל הבסיסי, יכולים חיילי צה"ל בשירות סדיר לקבל שירותי רפואה במסלול ייעודי של ועדות חריגים הפועלות במשר"פ ובמקרה¹². בביקורת הקודמת עלה, שלא היו בצה"ל הגדרות המשקפות את היקפו המלא של סל הבריאות הבסיסי שהחיילים זכאים לו, והערכת עלותו.

בביקורת המעקב עלה, כי צה"ל הגדיר סל בסיסי של תרופות ושל שירותים רפואיים שהוא מעניק לחייליו. עם זאת התברר, כי צה"ל אינו מפרסם לחייליו את ההיקף והתמהיל של סל זה, כמו גם את קיומן של ועדות החריגים לקבלת שירותים רפואיים בנוסף לאלה הנכללים בסל.

12 הפניות לוועדות נעשות על ידי רופאי צה"ל, והן דנות באישור תרופות ושירותים שאינם נכללים בסל הבסיסי, אך נדרשים לטיפול בחיילים.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי בהגברת השקיפות לגבי היקפו ותמהילו של סל הבריאות יש כדי לסייע במימוש זכויותיהם של החיילים בכל הקשור לקבלת אחד השירותים הבסיסיים והמהותיים ביותר שמספק להם צה"ל - שירותי בריאות. על כן, חשוב שמק"ר תפרסם ברבים את סל השירותים הרפואיים שהיא מספקת לחיילים, ובכלל זה פירוט הסל הבסיסי והשירותים הנוספים, לרבות הזכאות להם ואופן הפנייה לקבלתם.

בהתייחסותו מיוני 2008 לממצאי הביקורת הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה, כי "בימים אלה נעשית עבודה במסגרת המשר"פ להעלאת סל השירותים וסל התרופות לאתר חיל הרפואה בצה"לנט, כך שיהיו זמינים לצפייה לכל חייל בצבא"¹³.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי רשת צה"לנט אמנם נגישה לרוב החיילים בשירות קבע, אך ראוי שמשר"פ יפרסם את הסל גם לחיילים בשירות חובה, באופן שיהיה נגיש גם להם.

הרופאים בצה"ל

פערים בין תקן למצבה - לשם מתן טיפול רפואי לחיילי צה"ל בשגרה ובחירום וקידום הבריאות, מנהל צה"ל באמצעות מק"רפ"ר, בין היתר, מערך רופאים. הרופאים הנותנים שירות לחיילי צה"ל מתחלקים לשלושה סוגים עיקריים: רופאים בשירות חובה ובשירות קבע (להלן - רופאים בשירות סדיר), המספקים את מרבית שירותי הרפואה הראשונית; רופאים בשירות מילואים, המספקים את מרבית שירותי הרפואה השניונית, הניתנת לחיילים במסגרת מתקנים צבאיים; ורופאים שהם אזרחים עובדי צה"ל (להלן - רופאים אע"צים), המספקים גם שירותי רפואה ראשונית וגם שירותי רפואה שניונית.

רופאים בשירות סדיר מוצבים ביחידות צה"ל במסגרת תקנים של כוח אדם רפואי. תקנים אלה קובעים את הצרכים של כל יחידה ברופאים צבאיים, לרבות דרגתם, מקצועם, מינם ומספרם. במועד סיום הביקורת, דצמבר 2007, הסמכות לקביעת תקני הרופאים בשירות סדיר עד לדרגת רס"ן (כולל) הייתה נתונה בידי "סמכויות ארגון" בצה"ל¹⁴; וסמכות התקינה של קצינים בדרגות סא"ל ומעלה הייתה נתונה בידי אג"ת (בנושא תהליך תקינת הרופאים ראו בהמשך).

בביקורת הקודמת עלה, בין היתר, כי קיימים פערים בין המצבות לתקנים במערכי הרופאים בשירות קבע, בשירות חובה ואלה המושאלים למוסדות בריאות שמחוץ לצה"ל לצורכי התמחות והשתלמות. נוכח זאת המליץ אז משרד מבקר המדינה, כי הגורמים המוסמכים בצה"ל יגדירו על פי צורכי צה"ל מפתחות מעודכנים לתקינת הרופאים בשירות סדיר המשרתים בצה"ל והתפלגותם, ויודאו שתהיה התאמה בין המצבה לתקן.

13 צה"לנט - רשת תקשורת מחשבים ומידע פנימית של צה"ל.

14 "סמכות ארגון" - גוף בונה כוח הכפוף למטכ"ל, שהמטכ"ל נתן בידי משאבים על מנת למלא את משימותיו על פי ייעודו. בין סמכויות ארגון נמנים ח"א, זרוע היבשה, חיל הים ואט"ל.

מחלקת תכנון וארגון באט"ל (להלן - מחלקת תוא"ר) ומחלקת משאבי אנוש במקרפ"ר העבירו למשרד מבקר המדינה פירוט תקנים של רופאים בשירות סדיר שהיו בתוקף באוגוסט 2007 ואת איושם¹⁵. מהנתונים עולה, כי מצבת הרופאים הייתה נמוכה בכ-8% ממספר התקנים.

בהקשר זה עולה, כי על אף המלצות משרד מבקר המדינה דלעיל, מאז סיום הביקורת הקודמת לא בחן צה"ל באופן מערכתי את תקינת הרופאים בשירות סדיר בכלל גופי צה"ל. הדבר מקבל משנה חשיבות נוכח המצב, שבו כ-70% מהתקנים הנ"ל נקבעו לפני סיום הביקורת הקודמת¹⁶.

גורמים במקרפ"ר ובאג"ת הסבירו לצוות הביקורת, כי תת-איוש של התקנים הקיימים נובע במידה רבה ממחסור מתמשך ברופאים בשירות סדיר, שמקורו בפערים שנוצרו בשנים האחרונות בין מספר הנרשמים ללימודי הרפואה במסגרת לימודי העתודה האקדמאית לבין הצרכים ברופאים בצבא (בנושא זה ראו בהמשך). עוד הסבירו, כי בחלק מהתפקידים שלא אוישו על ידי רופאים בשירות סדיר, שולבו רופאים אע"צ, ששיעורם במצבת הרופאים הכוללת בצה"ל עלה מאז פרסום הביקורת הקודמת מ-13% לכ-27%.

על כך ראוי להעיר כלהלן:

1. מנתוני אט"ל ומקרפ"ר עולה, כי קיימים מקרים שבהם מצבת הרופאים ביחידות צה"ל מסוימות עולה על התקנים, דבר שיש בו כדי להצביע על תקינה לא מעודכנת. כך לדוגמה, באוגוסט 2007 הוצבו במפקדת פיקוד העורף חמישה רופאים בשירות סדיר ובנוסף להם שני רופאים אע"צ, שעה שתקן הרופאים שנקבע בשנת 2001 עומד על שלושה רופאים בשירות סדיר בלבד;
2. אשר ליחידות, שבהן המצבה קטנה מהתקן, מנתוני מקרפ"ר ואט"ל לא ניתן לדעת באילו מקרים הדבר אכן נובע ממחסור ברופאים ובאילו מקרים מתקינה שאינה מעודכנת, זאת במיוחד נוכח המצב שבו, כאמור, חלק מהתקנים נקבעו לפני שנים;
3. נוכח המחסור ברופאים בשירות סדיר, הגידול המשמעותי במצבת הרופאים האע"צ והאיוש של חלק מתפקידי הרופאים בשירות סדיר ברופאים אע"צ, עולה החשיבות של בחינה תדירה של התקנים על מנת להתאימם לסביבה המשתנה (בנושא זה ראו בהמשך).

היעדר תקינה מעודכנת פוגע בתהליך תכנון כוח האדם במקרפ"ר ובתכנון פעילות חיל רפואה בעתיד. משרד מבקר המדינה חוזר ומדגיש את הצורך להגדיר מפתחות מעודכנים לתקינת הרופאים בשירות סדיר על פי צורכי צה"ל, ולוודא ככל שניתן קיום התאמה בין המצבה לתקן; כך, שהתקן ישקף את הצורך ברופאים ביחידות השונות הלכה למעשה, תוך התחשבות במצבת כוח האדם הקיימת.

בהתייחסותו מיוני 2008 לממצאי הביקורת, הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה, כי "מקרפ"ר צפויים להתחיל בתקופה הקרובה בהסדרת עוותי התקינה והאיוש".

רופאים אע"צים - המשרד מעסיק את הרופאים האע"צים בחוזים אישיים המתחדשים מדי שנה בשנה, וצה"ל מפעיל אותם במשרות מלאות או חלקיות. הרופאים האע"צים מוגדרים ברובם כעובדים משימתיים, המאיישים את משרות הרופאים בכפוף לשיאי כוח אדם אע"צים¹⁷, שמפרסם אג"ת. כאמור, בשנים האחרונות מספרם של רופאים אלה בצה"ל עלה בהתמדה והגיע בשנת 2007 לכ-27% מכלל הרופאים המספקים שירותי רפואה לחיילים במתקני צה"ל.

15 לא כולל רופאים המוצבים מחוץ למסגרת הצבאית, דוגמת אלה הנמצאים בשלבי התמחות ובהשתלמויות במוסדות רפואה אזרחיים.

16 בין השנים 1983-2004.

17 היקף מקסימלי של כוח האדם שניתן להעסיק בשנת תקציב.

שיעורם הגבוה של רופאים אע"צים בקרב כלל הרופאים בצה"ל, ושילובם ביחידות צה"ל לצד הרופאים בשירות סדיר, גורמים למצב מורכב, בין היתר, נוכח תהליכי הניהול והתקצוב של מערך הרופאים האע"צים, השונים מהניהול והתקצוב של מערך הרופאים בשירות סדיר, כלהלן: שעה שתקציב מערך הרופאים האע"צים והשליטה המעשית על השיאים שלהם נמצאים בידי אט"ל, תקציב מערך הרופאים בשירות סדיר והשליטה על התקינה שלהם נמצאים בידי גופי צה"ל. בביקורת המעקב עלה, כי עד סוף 2007 המשיך צה"ל לנהל את תהליך שיבוץ הרופאים האע"צים למשרות במנותק מתהליך קביעת תקני רופאים בשירות סדיר.

בדצמבר 2007 מסר ענף תכנון כוח אדם באג"ת למשרד מבקר המדינה, כי הסתיימה עבודת תקינת אע"צים משימתיים שהחלה בעקבות הנחיית סגן הרמטכ"ל במסגרת בחינת מודל העסקתם. עם זאת, גורמים במחלקת משאבי אנוש במקרפ"ר מסרו למשרד מבקר המדינה, כי בדיקה ואישור עבודת התכנון טרם הסתיימו, וכי טרם בוצעה התאמה בין תהליכי תקינה של רופאים אע"צים לבין תהליכי תקינה של רופאים בשירות סדיר, לרבות בתחום ניהולם ותקצובם.

בנסיבות אלה מעיר משרד מבקר המדינה, כי יש לסיים את עבודת תקנון הרופאים האע"צים בהקדם, תוך ביצוע ניתוח ארגוני מקיף מול תקני רופאים בשירות סדיר, זאת במטרה לקבוע מערכת משולבת לקביעת תקנים - הן לרופאים בשירות סדיר והן לרופאים אע"צים.

מסלול הרופא - צה"ל פיתח מסלול שירות צבאי מיוחד לרופאים צבאיים המשלב לימודי רפואה במסגרת העתודה האקדמית, התמחות ברפואה כחלק מהשירות הצבאי ושירות כרופא צבאי (להלן - מסלול הרופא).

ממסמכי מקרפ"ר עולה, כי באוגוסט 2006 היא הגדירה את מטרת מסלול הרופא בצה"ל כלהלן: "לקיים מערך רופאים מקצועי בשירות סדיר בהיקף ובאיכות אשר יתנו מענה לצורכי צה"ל בשגרה, במוכנות לחירום ובחירום". נוסף על כך, מסרו גורמים בכירים במקרפ"ר למשרד מבקר המדינה, כי אחת ממטרותיו העיקריות של מסלול זה, היא לאפשר לחיל הרפואה לבנות את שדרת הפיקוד שלו מרופאים מומחים בשירות סדיר.

כאמור, עלה בביקורת הקודמת, שמסלול הרופא כרוך בהשקעות מתקציב הביטחון, אשר צה"ל לא סיים את הערכתן ובחינתן, אף שבחינה כזו מתחייבת כדי שצה"ל יוכל בין יתר השיקולים לבצע בדיקת כדאיות של השקעותיו במסלול הרופא בהשוואה לחלופות. משרד מבקר המדינה קבע אז, כי על צה"ל להגדיר את מסלול ההכשרה של הרופא הצבאי, בין השאר, על סמך נתונים אמיתיים ומלאים של סך ההשקעות מתקציב הביטחון הכרוכות בנושא זה, וכי על הבדיקה להתייחס לשיקולי עלות ותועלת של כל מרכיבי המסלול.

בביקורת המעקב עלה, כי עד למועד סיומה בדצמבר 2007, כעבור ארבע שנים מהביקורת הקודמת, עדיין לא קיים בצה"ל תמחור עדכני ומלא של מסלול הרופא, הכולל ניתוח כלכלי של סך העלויות שצה"ל משקיע ברופא הצבאי, תוך התחשבות בתקופות שבהן הוא משרת כרופא צבאי, מוצב במוסדות רפואה אזרחיים לצורכי התמחות והשתלמות ומשרת בתפקידי פיקוד ומטה. חסרונה של בחינה כלכלית כזו פוגמת ביכולתו של צה"ל לבדוק שינויים אפשריים במסלול הרופא הקיים, במטרה לשפרו.

מחסור ברופאים בצה"ל - בהתאם לנתונים שהעבירה מקרפ"ר למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2008, דרושה לה מדי שנה בשנה מכסה של 75 עתודאים¹⁸ שמתחילים את לימודי הרפואה, כדי שתוכל לעמוד ביעודה של "מתן טיפול רפואי מיטבי במלחמה, בביטחון שוטף ובחיי השגרה, קידום הבריאות בצה"ל וקידום הרפואה הצבאית". משנת 1991, שבה החלו 78 עתודאים את לימודי הרפואה (להלן - פותחי לימודים), החלה ירידה במספרם שהגיעה לשיאה בשנת 1999, שבה היו רק 26 פותחי לימודים¹⁹. הסיבה העיקרית לתופעה זו הייתה מיעוט הנרשמים ללימודי רפואה במסגרת העתודה האקדמית.

על פי נתוני מקרפ"ר, נוכח מיעוט פותחי הלימודים נוצר במשך השנים מחסור מצטבר ברופאים בשירות חובה, אשר הסתכם במאי 2008 ב-75 רופאים, מהם 38 בתפקידי שדה, לרבות ב-15 גדודים, ו-37 בתפקידים עורפיים. כדי להתמודד עם מחסור זה הפעיל צה"ל במועד האמור 33 רופאים אע"צים, רובם בתפקידים עורפיים, ועוד 28 פרמדיקים, אחים וקציני ארגון רפואה²⁰, רובם ככולם ביחידות שדה.

1. מאמצי צה"ל לפתרון הבעיה הופנו לכיוון הגדלת מספר הנרשמים למסלול העתודה. במהלך השנים 2000-2006 שיפר צה"ל את האטרקטיביות של מסלול זה באמצעות תמריצים כלכליים ועל ידי מסע שיווקי לשיפור התדמית של המסלול. פעולות אלה אכן הביאו לכך, שלעומת שנת 1999 שבה נרשמו רק 32 עתודאים ללימודי רפואה, בשנת 2008 הגיע מספרם של הנרשמים ל-784.

אולם במקביל לעלייה במספר הנרשמים לעתודה האקדמית, חלה ירידה במספר פותחי הלימודים: מ-70 בשנת 2002 ועד ל-43 בלבד בשנת 2008. על פי נתונים שמסרה מקרפ"ר לוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת²¹ ולמשרד מבקר המדינה, הדבר נבע משתי סיבות עיקריות:

א. רף הקבלה ללימודי הרפואה באוניברסיטאות (כולל הטכניון) הוא גבוה בהיבט של הציון²² הנדרש. לעתודאים עמדת פתיחה נחותה ביחס לכלל הנרשמים ללימודי הרפואה, שכן הם אינם יכולים לשפר את ציוניהם מפאת קוצר הזמן לפני הגיוס.

ב. במסגרת תהליך הקבלה ללימודים התווסף מבחן אישיותי, שבו הבגרות האישית של המועמד וניסיון החיים שלו מהווים מרכיב משמעותי. מטבע הדברים, העתודאים מקבלים ציון נמוך יותר מאשר עמיתיהם הבוגרים (לאחר שירות צבאי).

2. כדי להתמודד עם הסיבות הנ"ל, המונעות מרוב העתודאים להתקבל ללימודי הרפואה, נקט צה"ל מספר צעדים לשיפור סיכוייהם, כגון הקמת מכינה קדם-אקדמית בשנת 2006, שבמסגרתה יוכלו, בין היתר, לשפר את ציוני הבגרות שלהם ולעבור הכנה לקראת בחינה פסיכומטרית הצפויה להם. במקביל החל צה"ל בדיונים עם המועצה להשכלה גבוהה (להלן - מל"ג) ועם האוניברסיטאות על האפשרות שוועדת תכנון ותקצוב (להלן - ות"ת) של המל"ג תממן קליטת עתודאים באוניברסיטאות מעבר למכסות שנקבעו עבורם, ובכך יובטח מקומם של עתודאים, גם אם ציוני הקבלה שלהם נמוכים במעט מהציונים הנדרשים לקבלה ללימודים.

3. במקביל לצעדים אלה, החל צה"ל במהלך שנת 2007 בעבודת מטה לבחינת המסלול המועדף עליו להכשרת רופאים צבאיים, שבמסגרתו ינתן פתרון לא רק לירידה במספר פותחי הלימודים,

18 סטודנטים לרפואה הלומדים באוניברסיטאות במסגרת העתודה האקדמית.
 19 על פי נתוני המועצה להשכלה גבוהה, בשנת 1991 למדו באוניברסיטה העברית, באוניברסיטת תל אביב, באוניברסיטת בן-גוריון ובטכניון בשנה א' לתואר ראשון ברפואה כללית 316 סטודנטים; בשנת 1999 למדו 324 סטודנטים; ובשנת 2007 למדו 363 סטודנטים.
 20 חובשים שסיימו קורס קצינים ייעודי.
 21 ב-8.7.08 הציג צה"ל את עיקר הנתונים הנוגעים למחסור ברופאים והסיבות לכך לוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת.
 22 בעיקר תוצאות של בחינה פסיכומטרית.

אלא גם לשתי סוגיות נוספות: המצב הקיים, שבו אין התאמה מלאה בין תוכני ההכשרה של העתודאים לבין צורכי הרפואה הקרבית, ובשנים הקרובות "צפוי מחסור ברופאים במדינת ישראל - דבר שעלול להשליך על הגדלת הפער ברופאים עתודאים". לפתרון המצב הציג צה"ל שלוש חלופות²³ כמפורט להלן:

חלופה א' - יצירת מסלול "צבאי" נפרד באחת האוניברסיטאות הקיימות עבור 50 עתודאים, שעה ש-25 עתודאים נוספים ילמדו במסלול הרגיל בשאר האוניברסיטאות. על פי נתוני צה"ל, בין היתרונות של חלופה זו:

(1) הכשרה ברפואה צבאית במקביל ללימודי רפואה החל משנה א';

(2) מתן תמריץ כלכלי ללומדים באמצעות מימון שכר לימוד, שכר דירה וכלכלה. בין מקורות התקציב לפרויקט צוינו המקורות שיתפנו נוכח צמצום במספר הרופאים האע"צים, כאשר על פי הערכות צה"ל, העלויות הגבוהות של התכנית בשנים הראשונות צפויות להתאזן החל מהשנה ה-11 להפעלתה (ראו בהמשך).

בין החסרונות לחלופה זו, שהיא דורשת השקעה תקציבית בשנים הראשונות ומחייבת עבודת מטה נרחבת מול גופים אזרחיים וצבאיים.

חלופה ב' - הכשרה של 75 עתודאים במסלול עבודה רגיל בכלל האוניברסיטאות, תוך איתור אקטיבי של מועמדים לשירות ביטחון המתאימים למסלול זה ושריון מקומות עבורם באוניברסיטאות. בין היתרונות של חלופה זו צוין שהיא:

(1) מבטיחה כמות ויציבות במספר העתודאים;

(2) משפרת התאמת העתודאים לצורכי צה"ל;

(3) מהווה יתרון כלכלי בטווח הארוך על פני המצב הקיים.

בין החסרונות צוין:

(1) החלופה מחייבת השקעה תקציבית בשנים הראשונות;

(2) צפי להיענות נמוכה מצד האוניברסיטאות;

(3) היעדר השפעה על אמות מידה לקבלה ללימודים ועל תוכני הלימודים.

חלופה ג' - שימור המצב הקיים, כשהיתרונות:

(1) אין צורך בהשקעה תקציבית מיידית;

(2) אין צורך בעבודת מטה לשינוי.

בין החסרונות:

(1) המשך פגיעה ביציבות הרפואה בגדודים;

(2) תישמר העלות הגבוהה עקב הצורך בחלופות לעתודאים;

(3) היעדר השפעה על אמות מידה לקבלה ללימודים ועל תוכני הלימודים.

בשנת 2007 החליט צה"ל שהפתרון המועדף עליו לטווח הארוך הוא המסלול הצבאי ללימודי רפואה (חלופה א'). להערכתו, הדבר יביא, בין היתר, לשימת דגש על תכנים ייחודיים לרפואה הצבאית, יגדיל את המספר הכולל של לומדי הרפואה בישראל ויתרום לקיום של רפואה צבאית איכותית.

23 עבודת המטה כללה גם בדיקה כלכלית של החלופות השונות.

בהתאם לתכנון זה"ל, על המסלול הצבאי להתחיל לפעול בשנת לימודים תשס"ט (אוקטובר 2009) לאחר סיום כל ההכנות, לרבות התכנית בצה"ל, קיום מכרז לבחירת האוניברסיטה בה יתקיים המסלול ואישור תכנית הלימודים על ידי המל"ג. על פי בחינה כלכלית שערך זה"ל, עלות הפרויקט תסתכם ב-10-15 מיליון ש"ח לשנה עד לשנה העשירית, ותביא לחיסכון של 6-10 מיליון ש"ח לשנה מהשנה ה-11 ואילך (הנתונים נכונים למאי 2008).

4. ות"ת היא גוף בעל סמכות בלעדית לחלק תקציבים למוסדות להשכלה גבוהה, ובין תפקידיה - להציע לממשלה ולמל"ג תכניות פיתוח של ההשכלה הגבוהה ולתכנן את מימונן. נוכח מעמדה ותפקידיה מקיימת ות"ת לאורך שנים קשר עם זה"ל בתחומים הרלוונטיים, לרבות בנושא צורכי הצבא ברופאים והדרכים להכשירם במסגרת האקדמית.²⁴

ות"ת מסרה למשרד מבקר המדינה, כי אף שהיא מכירה בצורך לאומי להכשיר רופאים לצה"ל, אין באפשרותה לפעול בקרב האוניברסיטאות כדי לחייב אותן לתעדף עתודאים המבקשים להתקבל ללימודי הרפואה, על פני כלל המועדים. להערכתה, החלטה המכירה בלימודי רפואה במסגרת העתודה האקדמית כצורך לאומי, ראוי שתתקבל על ידי הממשלה, כמו גם הפנייה לאוניברסיטאות בנושא זה.

אשר להחלטה של זה"ל לבחור בחלופה של הקמת מסלול "צבאי" נפרד של לימודי הרפואה, מסרה ות"ת, כי להערכתה, הקמת מסלול לימודים במסגרת תכנית לימודים קיימת, עשויה להיות יישומית בפרק זמן קצר יותר.



לדעת משרד מבקר המדינה, היעדר רופאים בגדודים, כפי שתואר לעיל, הוא מצב חמור מאוד, שאין להשלים עמו. בהתקיים מחסור ברופאים כפי שהציג זה"ל לוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת ולמשרד מבקר המדינה, לרבות תחזית השינויים בו בטווח הארוך, ראוי שצה"ל וות"ת יסכמו בדחיפות, בשיתוף עם הפקולטות לרפואה, את הדרך המיטבית להגדלת מספר העתודאים שלומדים לימודי רפואה.

רכש שירותי ריפוי מבתי החולים הממשלתיים

הספקתם של כל שירותי המיון ושל עיקר שירותי הרפואה השניוניות והשלישוניות על ידי משר"פ מבוססת על רכש מבתי החולים, חלקם ציבוריים וחלקם פרטיים, השייכים לשלושה ספקים עיקריים: משרד הבריאות, "שירותי בריאות כללית" וההסתדרות המדיצינית "הדסה" (הדסה עין כרם והר הצופים). הרכש משלושה ספקים אלה נעשה במסגרת הסכמים בינם לבין המשרד (להלן - "הסכמי שילוב"), המסדירים, בין היתר, את המכירה של שירותי הרפואה השניוניות והשלישוניות לצה"ל על ידי בתי החולים השייכים להם, ואת ההעסקה של כוח אדם צבאי בבתי חולים אלה. "הסכמי השילוב" קובעים גם את התעריפים שמשלם זה"ל עבור השירותים שהוא מקבל, את תקני כוח האדם הצבאי, שהוא רשאי להציב בבתי החולים, ואת התעריפים עבור שירותיו של כוח אדם

צבאי זה. יצוין, כי ההסכמים אינם קובעים את היקף הפעילות או את המסגרת הכספית לפעילות המתקיימת על פיהם.

מעל ל-50% משירותי המיון ומשירותי הרפואה השניוניות והשלישוניות רוכש צה"ל מבתי החולים השייכים למשרד הבריאות²⁵, בין היתר, בשל גודלם, בשל יכולתם לספק מגוון רחב של שירותים, בשל פריסתם הגיאוגרפית הרחבה התואמת את צורכי צה"ל, ובשל האפשרות להכשיר בהם חלק ניכר מהסגל הרפואי שלו. בשנים 2004-2006 הסתכם היקף רכש שירותי ריפוי מבתי החולים הממשלתיים במוצע בכ-108 מיליוני ש"ח לשנה.

בביקורת הקודמת עלה, כי בשנת 2001 הודיע משרד הבריאות למשרד על כוונתו לבטל את "הסכם השילוב" האחרון שנחתם ביניהם בינואר 1998 לתקופה של חמש שנים. עוד עלה, כי על אף זאת הוארך ההסכם עד יוני 2003, ומאז ניהלו משרד הבריאות והמשרד משא ומתן לשינוי הסדרים ביניהם בנוגע לניהול רכש השירותים מבתי החולים השייכים למשרד הבריאות ולהעסקת כוח האדם הצבאי על ידיהם.

הביקורת הקודמת הצביעה על הבעייתיות ביישומם של ההסדר עם משרד הבריאות, בין השאר, בשל מחלוקות בנוגע לפרשנות חלק מסעיפי ההסכם; היעדר מנגנוני אכיפה; ומעל לכל, שימוש בנוסחאות התחשבות מורכבות, המסרבלות את ביצוע התשלומים וגורמות לערפול בנתונים הכספיים. נוכח זאת המליץ משרד מבקר המדינה, כי צה"ל, המשרד ומשרד הבריאות יגבשו הסדרים מעודכנים, הנותנים פתרונות לקשיים הקיימים בקשר שבין הצדדים.

1. במועד סיום ביקורת המעקב, דצמבר 2007, טרם נערך "הסכם שילוב" חדש בין הצדדים, והם עדיין פעלו על פי תנאיו של "הסכם שילוב" מ-1998, שכאמור לא חודש. משא ומתן בין הצדדים נמשך לסירוגין כל אותה התקופה, ללא תוצאות ממשיות, ובפועל נותרו ללא תיקון הליקויים שבהסדר הישן שעלו בביקורת הקודמת.

יצוין, כי תהליך רכש שירותי בריאות התנהל משנת 2003 שלא על בסיס מסגרת מוסכמת וערכנית, לעתים תוך חיכוכים ויחסי עבודה עכורים בין צה"ל והמשרד מצד אחד לבין משרד הבריאות ובתי החולים הממשלתיים מצד שני. כך לדוגמה טען מנכ"ל משרד הבריאות בדצמבר 2004, כי "משרד הביטחון מקטין את היקף הרכש מבתי החולים הממשלתיים באופן עקבי ורצוף. כיוון שההסכם מבוסס על מחירים ממוצעים של שירותים, משרד הביטחון קונה את השירותים הנלווים (אלה שעליהם בתי החולים מרוויחים) מספקים אחרים, המוכנים למכור שירותים אלה בזול ובכך פוגע בתמהיל השירותים כולו, שעליו מבוסס ההסכם, וגורם נזק כפול לבתי החולים" (בנושא כפל התפקידים של משרד הבריאות ראו בהמשך).

נוכח התארכות המשא ומתן על תנאיו של הסדר חדש וחוסר שביעות הרצון מההסדר הישן נהג משרד הבריאות אף להודיע לצה"ל, אחת לתקופה, על כוונתו לבטל מיידית את התעריפים המוזלים הניתנים לו בהתאם ל"הסכם השילוב" הישן, ולגבות ממנו תעריפים מלאים, היקרים בעשרות אחוזים. כך לדוגמה, בנובמבר 2006 התריע סגן מנהל האגף לתכנון תקצוב ותמחור במשרד הבריאות למפקד המשרד על כוונתו להודיע למנכ"ל משרד הבריאות על מיצוי תהליכי המשא ומתן ולהמליץ בפניו לבטל מיידית את כל ההסדרים הנהוגים בין בתי החולים הממשלתיים לבין צה"ל. במאי 2007 הודיעה סמנכ"לית תקצוב ותמחור במשרד הבריאות לסגן קרפ"ר, כי הנחתה את מנהלי בתי החולים הממשלתיים לחדול מלנהוג על פי "הסכם השילוב", וכי החל מ-1.6.07 מכירת השירותים לצה"ל תיעשה על פי התעריפים הרגילים של משרד הבריאות. יצוין, כי

25 המרכז הרפואי על שם שיבא - תל השומר, המרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי, המרכז הרפואי וולפסון, המרכז הרפואי הלל יפה, רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם, המרכז הרפואי בני ציון (רוטשילד), בית החולים לגליל המערבי, מרכז רפואי זיו, המרכז הרפואי פוריה, המרכז הרפואי על שם ברזילי והמרכז הרפואי אסף הרופא.

על אף הודעות אלה המשיך משרד הבריאות, עד מועד סיום ביקורת המעקב, לספק לצה"ל שירותי רפואה על פי התעריפים המוזלים, בהתאם ל"הסכם השילוב" מ-1998. לעומת טענות משרד הבריאות טען המשרד, כי בשיטה שהוא מנהל את תהליך הרכש של שירותי הרפואה, נוצר חיסכון תקציבי ניכר עקב התחרות שהוא מנהל בין הספקים השונים. עוד טען המשרד, כי פריטת השירותים הנרכשים לגורמים מאפשרת לו למקסם את התועלות והחיסכון בכל שירות ושירות.

לדעת משרד מבקר המדינה, מצב שבו המשרד וצה"ל מצד אחד ומשרד הבריאות מצד שני מנהלים ביניהם תהליכי רכש ללא מסגרת עדכנית ומוסכמת במשך שנים, הוא לקוי. כתוצאה ממצב זה, לא תוקנו הליקויים שעליהם הצביע משרד מבקר המדינה בעבר, בעיקר בתחומי קביעת נוסחאות התחשבות בין המשרד לבין בתי החולים כגון רכש שירותים והעסקת כוח אדם צבאי, ואף נוספו ליקויים, שהם תולדה של מצב מתמשך של היעדר סיכום על תנאי התקשרות בין הצדדים, שעיקרם ביצוע רכש על פי תעריפים לא מעודכנים במשך שנים. על כן, על הצדדים לסכם ולמסד ללא דיחוי נוסף את תנאי ההתקשרות ביניהם.

2. בביקורת הקודמת ציין משרד מבקר המדינה את תפקידו הכפול של משרד הבריאות: מחד, בתוקף תפקידו כמפקח על שירותי הבריאות במדינה, הוא אמור להיות גורם ניהולי, הרואה אל מול עיניו את צורכי כלל ספקי שירותים אלה במדינה; מאידך, הוא נוהג כספק, בהיותו אחראי על בתי החולים הממשלתיים. במסגרת זו מנהל משרד הבריאות תחרות אל מול הספקים האחרים של שירותי הבריאות, מתוך מטרה להשאיר בידי בתי החולים הממשלתיים את חלק הארי של מכירת שירותים אלה לצה"ל.

בביקורת המעקב עלה, כי במשא ומתן לגיבוש "הסכם שילוב" חדש התחדדה הבעייתיות שבמילוי תפקידיו של משרד הבריאות. משרד הבריאות אימץ את עמדתם של בתי החולים הממשלתיים ודרש להתנות את מתן ההנחות שהם מעניקים לצה"ל בהיקף הרכש; כן דרש לקבוע סף מינימלי להיקף הרכש, שעליו יתחייב צה"ל. יצוין, כי לפי "הסכם השילוב" הישן, צה"ל לא היה מחויב לבצע רכש בהיקף מסוים מבתי החולים הממשלתיים וזכה להנחות ללא קשר לכך, דבר שאיפשר לו ליצור תחרות בין ספקים שונים, מתוך ניסיון למקסם את רווחתו.

בהתייחסותו מיוני 2008 לממצאי הביקורת מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה, כי "משרד הבריאות מופקד על המשך קיומם הנאות של בתי החולים שברשותו על מנת שיוכלו להתקיים כלכלית ויוכלו להמשיך ולתת שרות רפואי איכותי ומתקדם כנדרש מהם. ... לכן התניית הנחות שיינתנו למשרד הביטחון בהיקף רכש השירותים מבתי החולים, קביעת סף מינימום לרכש כחלק מתנאי ההסכם ויצירת תנאי תחרות בין ספקי רפואה שונים איתם מקושר משרד הביטחון הינם אבני יסוד בכל ההסכמים בין משרד הבריאות ובין קופות החולים". עוד מסר משרד הבריאות, כי הוא "ימשיך לחתור לחתימת הסכם ראוי עם מערכת הביטחון שיתן מענה הולם למשימה הלאומית של הספקת שירות רפואה לחיילי צה"ל, תוך ראיית ... צורכי ספקי הבריאות במשק הישראלי, ובכללם, ללא ספק, בתי החולים הממשלתיים".

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שבנושא הספקת שירותי רפואה לחיילי צה"ל יאמצו כלל הגורמים, ובהם משרד הבריאות, ראייה לאומית רחבה, ויגבשו "הסכם שילוב" הפועל לטובת כלל הגורמים הנוגעים - מערכת הביטחון, בתי החולים הממשלתיים וספקי שירותי בריאות אחרים במשק.

מימוש אחריותו של חיל הרפואה לבריאות החיילים

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מעגן בתוכו, בין היתר, את החובות המוטלות על המדינה ועל קופות החולים בנוגע להספקת שירותי בריאות לתושבי המדינה ואת הזכויות המוקנות להם בהקשר זה. בחוק נקבע, בין היתר, כי הוא אינו חל על חייל בשירות סדיר במשך תקופת שירותו, אשר זכאי לקבל שירותי בריאות מחיל הרפואה (חר"פ), או ממי שפועל מטעמו²⁶. בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (בצירוף החוק דלעיל להלן - החוקים), נקבע, בין היתר, כי "יראו כמוסד רפואי"²⁷, את חיל הרפואה של צבא הגנה לישראל. עוד נקבע באותו חוק, כי לקרפ"ר "יהיו נתונים הסמכויות והתפקידים של מנהל מוסד רפואי לפי חוק זה".

על מנת לממש את האחריות החוקית האמורה, על מקרפ"ר לספק שירותי רפואה לכלל חיילי צה"ל, תוך התחשבות בייחודיות מסלולי השירות השונים ותוך הקפדה על עמידה באמות מידה מקצועיות נדרשות. בהקשר לכך יודגש, כי יכולת מקרפ"ר לנייד תקני כוח אדם וציוד רפואי בין גופי צה"ל מתוך ראיית צרכים כלל-צה"לית, מהווה תנאי חשוב לסגירת פערים העלולים להיווצר באיכות שירותי הרפואה המסופקים בחלק מהגופים ולשיפור רמת שירותי הרפואה בכלל צה"ל.

בשלהי שנות התשעים ביצע צה"ל שינויים ארגוניים כלהלן: עד שנת 1999 פעל חיל רפואה כחיל על-זרועי הכפוף לסגן הרמטכ"ל, בעל סמכות לניהול המשאבים הרפואיים ולתקינת כוח האדם הרפואי בכלל גופי צה"ל. בשנת 1999 הוכפף חיל רפואה לאט"ל. במקביל לכך, הועברו לאט"ל סמכויות לתקינת תקני כוח אדם רפואי בכלל גופי צה"ל, למעט זרוע היבשה, אשר בוזרו לה סמכויות תקינה. בהמשך לשינויים הארגוניים דלעיל, החל משנת 2006 קיבלו כלל גופי צה"ל סמכויות תקינה של כוח אדם, לרבות כוח אדם רפואי.

כתוצאה מהשינויים הארגוניים האמורים נוצר מצב, שבו משנת 1999 אין באפשרות מקרפ"ר לקבוע את תקני כוח האדם הרפואי בכלל צה"ל על פי תפישתה המקצועית. עד מועד סיום הביקורת, דצמבר 2007, נקבעה תקינת כוח האדם הרפואי על ידי גופי צה"ל, לעתים אף ללא תיאום עם מקרפ"ר, אלא מתוך שיקולים פנימיים שלהם.

בביקורת עלה, שכתוצאה מהשינויים הארגוניים דלעיל אכן צומצמה יכולת מקרפ"ר להשפיע על תקינת כוח האדם הרפואי בכלל צה"ל. כך לדוגמה, בשנת 2007 ביצע ח"א 48 שינויי תקינה בכוח האדם הרפואי²⁸ ללא תיאום מוקדם עם מקרפ"ר, זרוע היבשה ביצעה 22 שינויים ואט"ל²¹. יצוין, כי בחלק מהמקרים, נוסף לחוסר התיאום עם מקרפ"ר טרם ביצוע השינויים, הם נעשו בסופו של דבר למרות התנגדותה.

כאמור, משלהי שנות התשעים הסמכות לתקינת אמצעים²⁹ הייתה בשליטת מקרפ"ר; ומשנת 2007 היא הועברה למחלקת תוא"ר שבאט"ל. על פי הסברי גורמים ממדור תוא"ר שבמקרפ"ר למשרד מבקר המדינה, הדבר הגביל אף יותר את יכולת מקרפ"ר לנהל את המשאבים הרפואיים על פי קביעותיה המקצועיות. גורמים ממחלקת תוא"ר באט"ל מסרו למשרד מבקר המדינה, כי הדבר נעשה, בין היתר, בהתאם לפקודת מטכ"ל מאוקטובר 1977 ולהוראת קבע אג"ם מיולי 2003, שעניינן סמכויות ארגון ותקינה בצה"ל³⁰.

26 כאמור, מקרפ"ר, בראשותו של קרפ"ר, היא הסמכות המקצועית לענייני הרפואה בצה"ל.
27 בית חולים או מרפאה, על פי ההגדרות לחוק.
28 הוספת תקנים, גריעתם, וכן שינויים במאפייניהם (כגון שינוי מתקן קבע לתקן חובה).
29 בעיקר ציוד רפואי למרפאות.
30 פקודת מטכ"ל והוראת קבע אג"ם מתייחסות לכוח אדם ולאמצעים.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי קביעת תקנים לכוח אדם רפואי ולאמצעים, היא פעולת יסוד ארגונית האמורה לאפשר מימוש אחריות מקרפ"ר לבריאות החיילים על פי החוקים. יתרה מכך, חשיבותה של פעילות זו מקבלת משנה תוקף בעיתות של מחסור בכוח אדם רפואי ובמשאבים, כפי שאירע בשנים האחרונות. אף על פי שצה"ל החל בביצוע השינויים הארגוניים שפורטו לעיל כשלוש שנים לאחר חקיקת החוקים, לא נמצא בביקורת שהוא בחן את מכלול ההשלכות, לרבות המשפטיות, הנובעות מהשינוי במעמדה של מקרפ"ר, ואת יכולתה לממש את אחריותה לבריאות החיילים. עוד עלה, כי צה"ל אף לא ביצע בחינה והפקת לקחים לאחר הטמעת השינויים הארגוניים בשנת 1999, לקראת ביצוע שינויים ארגוניים נוספים בשנת 2006.

2. בנובמבר 2007, נוכח בקשות אט"ל ומקרפ"ר לאפשר למקרפ"ר לנהל את תקני הרפואה בכלל צה"ל, התקיים דיון בנושא בראשות ראש מחלקת ארגון באג"ת (להלן - רמ"ח ארגון) ובהשתתפות גורמים מאגפי המטכ"ל ומזרועות צה"ל. בדיון זה ציינה רמ"ח ארגון את הקשיים של מקרפ"ר לממש את אחריותה לבריאות החיילים במצב שבו סמכויות התקינה אינן נמצאות בשליטתה. בסיכום הדיון החליטה רמ"ח ארגון, בין היתר, כי הסמכויות לתקינת כוח אדם רפואי יישארו בניהול גופי צה"ל, אך כל תוספת או גריעה של תקני כוח אדם רפואי תחייב תיאום עם מקרפ"ר נוכח "אחריותה על פי חוק למתן שירותי רפואה".

בהתייחסותו מיוני 2008 לממצאי הביקורת הסביר צה"ל, כי "במידה ומתקיימת מחלוקת, נדרש החיל להעלות את הפער למעורבות המטה הכללי במדרג הרלוונטי (אט"ל, אג"ת, סגן רמטכ"ל ואף רמטכ"ל)".

משרד מבקר המדינה מעיר, כי סיכום רמ"ח ארגון דלעיל לא הביא לשינוי ביכולת מקרפ"ר לקבוע על פי דעתה המקצועית את התקנים של כוח האדם הרפואי בגופי צה"ל.

הקמת מחלקה לרפואת שדה במפקדת זרוע היבשה

זרוע היבשה נושאת באחריות לבניין כוחות היבשה של צה"ל ולהכנתם למלחמה ולשאר מצבי העימות, במימד הלחימה היבשתית. למפקדת זרוע היבשה כפופים, בין היתר, מערך גיבוי לחימה המאחד בתוכו שלושה בסיסי טירונים, בסיסי הדרכה של יחידות תומכות לחימה ומערך הכשרה של יחידות השדה.

במפקדת זרוע היבשה פועל ענף רפואה בראשות קצין רפואה (להלן - רע"ן רפואה). נוכח האחריות המוטלת על ענף רפואה ונוכח הסוגיות הייחודיות הנוגעות לתחום רפואת השדה³¹, יזמו מקרפ"ר ואט"ל ב-2005 את הקמתה של מחלקה לרפואת שדה בזרוע היבשה (להלן - המחלקה). התקציב להקמת המחלקה ולתפעולה השוטף, לרבות תקינת כוח האדם, היה אמור לבוא מתקציב זרוע היבשה. בסוף 2005 גיבשו מקרפ"ר וזרוע היבשה מסמך הכולל אבני דרך להקמת המחלקה, ייעודיה ותפקידיה.

31 בעיקר בקשר להכשרת טירונים ולוחמים בבסיסי זרוע היבשה וטיפול בלוחמים ביחידות מיוחדות.

בדיון ברוח מפקדים בראשות ראש אט"ל³², אלוף אבי מזרחי, לסיכום שנת 2005 בהשתתפות, בין היתר, גורמים ממקרפ"ר, מאט"ל וגורמי רפואה מזרועות צה"ל, קבע ראש אט"ל, בין היתר, כי "יש לסיים את הקמת המחלקה בהקדם האפשרי בדומה לזרועות האחרות". גם ברוח מפקדים בראשותו לסיכום שנת 2006 חזר ראש אט"ל על עמדתו בדבר הצורך בהקמת המחלקה.

בינואר 2006, בהתאם לתפיסת הרמטכ"ל, רא"ל דן חלוץ, לחיזוק זרוע היבשה ובאישור סגן הרמטכ"ל, אלוף משה קפלינסקי, אישר ראש מטה זרוע היבשה את הקמת המחלקה בהדגישו, כי "הצורך במחלקת רפואה במוז"י [מפקדת זרוע היבשה] ברור", וכי הקמת המחלקה בזרוע משמעותה, איכות אחרת ושירות אחר ליחידות המבצעיות בשטח, בכל הנוגע לבניין הכוח בתחום רפואת השדה. למרות האמור לעיל ולמרות הכרתו של מפקד זרוע היבשה, אלוף בני גנץ, מפברואר 2006 בנחיצות המחלקה, הוא הנחה באותו מועד, "כי בשלב זה תישאר הזרוע עם ענף רפואה בלבד". ביולי של אותה שנה החליט מפקד זרוע היבשה סופית על הקפאת הקמתה, זאת כאמור בשונה מקביעתו החוזרת של ראש אט"ל בנושא.

בהתייחסותו לממצאי הביקורת הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה ביוני 2008, כי מדובר בהקמת גוף מטה שאמור לשפר ולסייע בניהול מערך הרפואה ביבשה, וכי זרוע היבשה, ככל גופי צה"ל, נדרשת לבצע תעודף צרכים ומשימות בסל משאבים מוגבל. לכן, נוכח סדר עדיפות זרועי הנגזר מאילוצים משאביים הנחה מפקד זרוע היבשה, כי בשלב זה תישאר הזרוע עם ענף רפואה.

לדעת משרד מבקר המדינה, התהליך שתואר לעיל מדגיש את מגבלות הסמכות של מקרפ"ר בבואה לממש את אחריותה לבריאות חיילי צה"ל. אף שלדעתה קיים צורך בהקמת המחלקה מטעמים מקצועיים, אין באפשרותה לממש את המהלך, במצב שבו הסמכות לכך והתקציבים הדרושים נמצאים בשליטת גוף אחר.

פניות חיילים לרופאים מומחים

משרד מבקר המדינה בדק את פעילותה של מקרפ"ר בתחומים הנוגעים לפניות של חיילים לרופאים מומחים. להלן הפירוט:

1. כיבוד המלצות רופא מומחה ומתן פטורים והקלות על רקע רפואי לחיילי צה"ל

בעת הצורך, מפנים רופאי היחידות חיילים להמשך טיפול לרופאים מומחים במרפאות מומחים צבאיות או לאלה שבמערכת האזרחית. כמו כן, בוחרים חלק מהחיילים לפנות באופן פרטי לרופאים מומחים במערכת האזרחית. נוכח הערכתם המקצועית, ממליצים הרופאים המומחים על מתן הקלות ופטורים (זמניים וקבועים) בשירות הצבאי, אשר על פי מסמכי מקרפ"ר חלקם אינם הולמים לתנאי השירות ביחידות שבהן משרתים החיילים ולאופיין, ואף יש בהם כדי לפגוע במשמעת הצבאית.

32 דיון שבו, בין היתר, מסכמים בעלי התפקידים באגף את הפעילויות העיקריות שנעשו באחריותם במהלך השנה החולפת, מתקבלות החלטות בעקבות הדיווחים וראש אט"ל מטיל מטלות לביצוע לקראת שנת העבודה הבאה.

להלן דוגמאות מספר לפטורים ולהקלות³³: אישור לגדל זקן, פטור מלבישת מדים, אישור לנעול נעלי ספורט ופטור מתורנויות מטבח.

בהנחיית מקרפ"ר שעניינה "מדיניות חר"פ בנושא כיבוד המלצות רופא מומחה" נקבע, בין היתר, כי רופא יחידה יכבד את המלצת רופא מומחה, אולם הוא רשאי להתאים ולשנות הקלות ופטורים שרופא מומחה העניק לחייל, כאשר אלה פוגעים במשמעת הצבאית או אינם מתאימים לתנאי השירות ביחידות שבהן משרתים החיילים ולאופיין. הנחיה אחרת של מקרפ"ר, שעניינה "קצין רפואה פעילה כונן - סמכויות ונוהל הפעלה" קובעת, שבין יתר תפקידיו של קצין רפואה פעילה³⁴ הוא לייצג בעניין פטורים רפואיים.

על פי השנתון הסטטיסטי של חיל רפואה לשנת 2006 שפרסמה מקרפ"ר, בשנים 2004, 2005 ו-2006 המליצו רופאים מומחים על כ-56,000, כ-78,000 וכ-62,500 פטורים והקלות, בהתאמה, לחיילי צה"ל בנושא ההופעה החיצונית³⁵.

בביקורת שנערכה במכלול המרפאות בבסיס מטכ"ל בקריה בתל אביב, מסר מפקד מכלול זה, המשמש בנוסף לתפקידו גם כקצין רפואה פעילה, למשרד מבקר המדינה, כי העיסוק בעניין פטורים והקלות בשירות ממלא את מרבית שעות עבודתו במרפאה, וכי הוא נאלץ להתאים ולשנות חלק ניכר מהם, בין היתר, מאחר שהם אינם תואמים לתנאי השירות ביחידתו של החייל ולאופייה.

על פי קביעת מקרפ"ר, הענקת פטורים והקלות ללא סיבה מוצדקת גורמת, בין היתר, לפגיעה במשמעת הצבאית, להגברת עומס העבודה על הרופאים, להקטנת זמינותם ולגידול בעלויות. נוכח זאת, בפברואר 2007 הנחה ראש ענף רפואה תעסוקתית ומיון במקרפ"ר³⁶ את הרופאים המומחים בצה"ל, שלא לאפשר ניצול של המערכת הרפואית לקבלת הנחות בהופעה החיצונית ולהיצמד להנחיות הקיימות בהקשר זה. כמו כן הוא הודיע, שייבדק כיצד מתבצעת בפועל הנחיית מקרפ"ר בנוגע ל"מדיניות חר"פ בנושא כיבוד המלצות רופא מומחה", וכי רופא מומחה אשר יסטה ממנה באופן לא מוצדק, יוזמן לבירור ובמידת הצורך יינקטו נגדו אמצעים משמעתיים. למרות המצוין לעיל, מסר ראש ענף רפואה תעסוקתית ומיון במקרפ"ר למשרד מבקר המדינה, כי הנחיותיו דלעיל קשות ליישום ולאכיפה, בעיקר כיוון שמדובר בבדיקת שיקולי דעת מקצועיים של רופאים מומחים.

בהקשר זה עלה בביקורת, כי מקרפ"ר אינה מקיימת מערכת מעקב ובקרה כלל-צה"לית אחר המלצות להענקת פטורים והקלות על ידי רופאים מומחים. במצב זה לא ניתן לדעת, בין היתר, את שיעור ההמלצות לפטורים ולהקלות ששונו על ידי קציני רפואה פעילה, לזהות ולנתח את הסיבות לכך.

בהתייחסותו לממצאי הביקורת הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה ביוני 2008, בין היתר, כי סוגיית ריבוי פטורים היא מורכבת ואינה פשוטה לפתרון, וכי העובדה, שחלק גדול מהרופאים המומחים הם במערכת האזרחית, מקשה עוד יותר על השליטה במתן פטורים. עוד מסר, כי אין בידי חיל הרפואה את המשאבים לעסוק בסוגיה זו במלוא ההיקף הנדרש.

33 מתוך השנתון הסטטיסטי של חיל רפואה לשנת 2006, שפרסמה מקרפ"ר.
 34 קצין רפואה פעילה, הוא רופא בכיר שהוסמך לתפקיד זה ושביקא בנוהלי רפואה פעילה, לצורך קבלת החלטות ולמתן מענה לבעיות דחופות בתחום עיסוקו.
 35 הנתונים שבשנתון הסטטיסטי מתייחסים לנושאי גילוח, שיער, מדים ונעליים.
 36 בעבר, ענף מיון רפואי.

לדעת משרד מבקר המדינה, בהיעדר מידע בסיסי הניזון ממערכת מעקב ובקרה כנ"ל, אין באפשרות מקרפ"ר לבצע בחינה עניינית של תופעת ההמלצה על פטורים והקלות הפוגעים במשמעת הצבאית, לנתח את משמעויותיה, לרבות מבחינת עלותה למערכת, ולנקוט את הצעדים הנדרשים לתיקונה.

2. אי-התייצבות למרפאות שיניים

בהוראת קרפ"ר מפברואר 1996, שעניינה "אי-התייצבות מתרפאים לטיפול שיניים" נקבע, בין היתר, כי משרתי הקבע שלא הודיעו לפחות 36 שעות מראש על אי-התייצבותם לטיפול שנקבע ואף לא הגיעו אליו, יבדוק מפקד מרפאת השיניים את הסיבה לכך, ואם זו אינה מוצדקת, עליו לנקוט צעדים להחזר הוצאות עבור אי-ההתייצבות. בנוגע לחיילים בשירות חובה נקבע בהוראה, כי על מפקד מרפאת השיניים להודיע על כך בכתב למפקדו של החייל, אשר יידרש להעמידו לדין משמעתי, או לשלוח הסבר בכתב על סיבת אי-ההתייצבות. ביולי 2003 חזר הקרפ"ר על הוראתו דלעיל והדגיש, בין היתר, כי אי-התייצבות מתרפאים לקבלת טיפול שיניים גורמת לתקלות בעבודת מרפאות השיניים, לבזבוז משאבים ולפגיעה באיכות השירות למתרפאים האחרים. כמו כן, בשונה מההוראה הקודמת, הוא הנחה את אלה שאינם יכולים להתייצב לטיפול להודיע על כך עד 24 שעות לפני מועד התור שנקבע.

משרד מבקר המדינה בדק את אופן יישום הוראות קרפ"ר דלעיל במרפאת השיניים בבסיס מטכ"ל בקריה בתל אביב (להלן - מרפאת השיניים). בכדיקה עלה, כי אף ששיעור החיילים שאינם מתייצבים לטיפול מגיע לכ-20% במוצע³⁷, צוות המרפאה אינו מנהל רישום לגבי הרוב המוחלט של המקרים וכלל אינו עוסק בנושא.

מעבר לכך עלה בבקורת, כי מקרפ"ר אינה אוגרת מידע אודות הסיבות שבגינן החיילים לא התייצבו לטיפול. בהיעדר מידע בנושא, אין באפשרותה לזהות באיזו מידה נובעת אי-ההתייצבות מרשלנות החיילים, מחוסר מוכנות מפקדים לשחרורם לטיפול, או מסיבות אחרות, וממילא אין ביכולתה לפעול למיגור התופעה בערוצים המתאימים.

בהתייחסותו לממצאי הביקורת הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה ביוני 2008, כי בעיית אי-ההתייצבות לתורים לטיפול שיניים "מוכרת ומטופלת ללא הצלחה יתרה". כמו כן לדברי צה"ל, נעשית פעולה מתמדת מול מפקדים, הסברה חוזרת, העלאת הנושא מול מפקדים בכירים; אך הטיפול אינו מספיק.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שמקרפ"ר תפעל לאיסוף מידע בנושא אי-התייצבות החיילים וניתוחו, במטרה למפות את הסיבות לתופעה, זאת כשלב ראשון ובסיסי לקראת הטיפול בה. כמו כן, קיום מצב שבו הוראת קרפ"ר אינה מיושמת, אינו תקין; על כן, ראוי ומתחייב, שצה"ל יבחן את הדרכים ליישומה.

3. התורים למרפאות מומחים ואי-התייצבות בהן

א. בפקודת מטכ"ל שעניינה "טיפול רפואי בחייל" נקבעו, בין היתר, חובותיהם של המפקדים בנוגע להפניית חיילים הזקוקים לטיפול רפואי למרפאות ובנוגע לחובת החיילים להתייצב בהן. כך נקבע, כי הטיפול בחייל המבקש להיבדק על ידי רופא לא יידחה למועד העולה על 24 שעות; אם קיים צורך בבדיקות רפואיות נוספות, ישלח המפקד את החייל לצורך זה לא יאוחר מ-14 יום ממועד מתן ההפניה³⁸. קביעה זו קיבלה ביטוי גם בהוראת קרפ"ר בנושא "הפניית חיילים למרפאות המומחים והמעקב אחר הפניות אלה".

בהקשר זה מסרו מקרפ"ר וענף שירותי רפואה במשר"פ (להלן - ענף שר"פ) למשרד מבקר המדינה, כי קיימת גם הנחיה פנימית ובלתי כתובה של מקרפ"ר, ולפיה משך ההמתנה של חייל המשרת ביחידה קרבית לתור למרפאת מומחים יארך לא יותר משבועיים, ושל חייל המשרת ביחידה עורפית לא יותר משלושה שבועות. ההנחיה הפנימית בנושא העדפת חיילים קרביים קיבלה גם ביטוי ותוקף בסיכום לדוח מפקדים של אט"ל לשנת העבודה 2006, שבו קבע ראש אט"ל, בין היתר, כי "יש להמשיך ולתעדף את הטיפול בחיילים הלוחמים. עם זאת, על המשר"פ להיות רגיש בטיפול הניתן לחיילים העורפיים ... חשוב לתת את השירות המיטבי גם לאוכלוסייה זו".

בביקורת עלה, כי ההנחיה הפנימית של מקרפ"ר בנוגע למשכי זמן מרביים לקביעת תור למרפאות מומחים נקבעה בלי שהתבססה על עבודת מטה הבוחנת את השלכותיה, ובכלל זה מבחינת פריסה של המרפאות הצבאיות וארגון, היקף כוח האדם הרפואי הדרוש ומאפייניו והעלויות. משרד מבקר המדינה מעיר, כי ללא עבודה כזו, הבוחנת ומציגה את האיזון שבין הצרכים לבין היכולות, נפגעת יכולת מקרפ"ר לדעת, אם היעדים שנקבעו הם אכן אפקטיביים לבחינת איכות השירות הרפואי.

ב. מנתוני משר"פ לינואר 2008³⁹ עולה, בין היתר, כי בשנת 2005 המתינו כ-36% מהחיילים (קרביים ועורפיים) יותר משלושה שבועות לתור לרופא מומחה במרפאות מומחים צבאיות⁴⁰, ובשנת 2006 כ-28%.

הנתונים דלעיל מצביעים אפוא על כך, כי כשליש מהחיילים (קרביים ועורפיים) המתינו לתור לרופא מומחה תקופה העולה על שלושה שבועות, שהיא היעד המרבי שקבעה מקרפ"ר לחיילים עורפיים.

בביקורת עלה, כי אין בידי משר"פ את הכלים הנחוצים כדי לנתח את הסיבות לחריגות הנ"ל. כך למשל, הוא אינו יכול לקבוע אם משך המתנה ארוך לתור נגרם עקב מחסור ברופאים במקצועות מסוימים, או עקב בחירתו של החייל, או מטעמי נוחות ונגישות למרפאה. הדבר מונע ממשר"פ לנקוט צעדים ממוקדים לתיקון המצב.

ג. חיילים בשירות סדיר יכולים לפנות למרפאות מומחים הן במערכת הצבאית והן באזרחית: לאחר שרופא היחידה הזין במערכת הממוחשבת לניהול מידע רפואי (CPR) את הפניית החייל לרופא המומחה, החייל יכול לקבוע תור למרפאות מומחים באמצעות מערכת המחשוב של המרכז

38 על פי הפקודה, עיכוב במועדים הללו יהיה רק באישור הגורם הרפואי המטפל.
 39 בנתונים לא נעשתה לרוב הבחנה בין משך זמן המתנה של חיילים קרביים לבין משך זמן המתנה של חיילים עורפיים.
 40 במקרפ"ר אין נתונים מלאים לגבי זמן המתנה לתור במרפאות מומחים אזרחיות (בנושא זה ראו בהמשך).

לזימון תורים ומידע רפואי שבמקרה⁴¹ (להלן - מזו"ר), או באמצעות צה"לנט. כן קיימת אפשרות, שרופא מומחה יזמן אליו חיילים לביקור חוזר, או יפנה אותם להמשך בירור אצל רופא מומחה מתחום התמחות אחר⁴². נוסף לכך, משרתי הקבע רשאים לפנות ישירות למרפאות המומחים הצבאיות גם ללא הפניה של רופא יחידה.

בביקורת עלה, כי בשנת 2005 מספר הביקורים במרפאות מומחים צה"ליות⁴³ עלה על מספר ההפניות של חיילים למרפאות אלה על ידי רופאי היחידה בכ-70% ובשנת 2006 בכ-39%⁴⁴. נתונים אלה אינם תואמים את הנתונים של משר"פ, המצביעים על תופעה רחבת היקף של אי-התייצבות החיילים למרפאות מומחים צה"ליות⁴⁵.

בנוגע לנתונים דלעיל, הודיע ענף שר"פ למשרד מבקר המדינה בפברואר 2008, כי אי-התאמה בין מספר הפניות חיילים למרפאות מומחים צה"ליות לבין מספר הביקורים בהן נובעת, בין היתר, ממספר סיבות עיקריות, כגון: היעדר חיבור כלל היחידות בצה"ל למערכת הממוחשבת לניהול מידע רפואי; משרתי הקבע רשאים לבקר במרפאות מומחים ללא הפניה מרופא יחידה; חיילים המגיעים למרפאות מומחים נדרשים לעתים לקבל טיפול ממספר רופאים מומחים, כאשר כל טיפול נרשם כביקור נפרד. כמו כן, הסבירו נציגי ענף שר"פ, כי מזו"ר, שבה מוזנים נתונים הנוגעים לחיילים שלא התייצבו לטיפול, והמערכת לניהול מידע רפואי אינן מקושרות ביניהן, דבר המקשה על השוואת הנתונים.

נוסף לאמור לעיל, בהתייחסותו לממצאי הביקורת הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה ביוני 2008, כי הפערים דלעיל נובעים גם מכך, שיחידות רבות בצה"ל מפנות חיילים למרפאות באמצעות טפסים ידניים. אשר למאגרי המידע הצה"ליים הוא הודיע, כי על אף מגבלתם, הם מאפשרים לחיל רפואה לקבוע מדיניות הולמת בתחום הרפואה השניונית, וכי נעשה בהם שיפור מתמיד כדי להיטיב את השליטה ואת תהליכי קבלת ההחלטות בעניין הפניות לרופאים מומחים. בנוגע לחיבור של מאגרי המידע האזרחיים למאגרים הצה"ליים הודיע צה"ל, כי "קיים פער מהותי ... שלא נראה כי קיים לכך פתרון באופן".

אשר למערכות המידע הצבאיות מעיר משרד מבקר המדינה, כי בהיעדר מאגר מידע שיכיל את כלל הנתונים הנוגעים להפניית החיילים לקבלת טיפול מרופאים מומחים בצה"ל, אין באפשרות משר"פ להציג תמונה כוללת ומהימנה של הפניית החיילים למרפאות מומחים צה"ליות ושל הביקורים בהן. בהיעדר מאגר כזה, ונוכח חוסר היכולת לצמצם את הפער המהותי הקיים כתוצאה מהנתק בין מערכות המחשוב הצה"ליות לאלה האזרחיות, לא ניתן להסיק מסקנות בנוגע לצעדי התייעלות וחיסכון אפשריים בכל הקשור לארגון מערך השירותים של רפואת המומחים ולאיותם.

על כן, לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שצה"ל יפעל לבניית מאגר מידע כאמור, ויבחן דרכים לשיפור יכולתו לקבל נתונים ממערכות המחשוב האזרחיות.

- 41 באמצעות מרכז ממוחשב זה ניתן להזמין תורים לרופאים מומחים, הן במערכת הצבאית והן בחלק מהאזרחית.
- 42 גם הפניה זו מתבצעת, בדרך כלל, על ידי רופא היחידה ומוזנת במערכת הממוחשבת (CPR).
- 43 על פי נתוני מקרפ"ר, רוב מאגרי המידע שבמוסדות רפואה אזרחיים, לרבות מרפאות המומחים, אינם מחוברים למערכות המידע הצה"ליות. על כן, אין בידי מקרפ"ר מידע מלא אודות מספר הפניות של חיילים למרפאות מומחים אזרחיות ומספר הביקורים בהן.
- 44 בשנים 2005 ו-2006 עלה מספר הביקורים על מספר ההפניות בכ-275,000 ובכ-164,000, בהתאמה.
- 45 על פי נתוני משר"פ, שיעור החיילים שאינם מתייצבים לטיפול מגיע לכ-50% (בנושא זה ראו בהמשך), כאשר חלקם כלל אינם קובעים תור למרפאות וחלקם קובעים, אך לא מתייצבים לטיפול.

ד. על פי נתוני משר"פ, הנכונים לינואר 2008, במקרים רבים נוהגים החיילים שהופנו לרופאים מומחים⁴⁶ על ידי רופאי יחידה להתעלם מההפניה, לא לקבוע תור לרופא מומחה וממילא לא להגיע לטיפול. מאפייני חיילים אלה אינם אחידים ומשתנים בהתאם לשיבוצם ביחידות השונות. כך למשל, כ-23.5% מהחיילים העוברים הכשרות, כ-22.5% מהחיילים העורפיים וכ-14.4% מהחיילים הקרביים לא קבעו תורים לרופאים מומחים, אף שנדרשו לעשות כך.

בנוסף לאמור לעיל, עולה מנתוני מקרפ"ר הנכונים לדצמבר 2007, כי במקרים רבים נוהגים החיילים שכבר נקבעו להם תורים לרופאים מומחים, לא להתייצב לטיפול. כך לדוגמה, בחודשים מאי עד נובמבר 2007 לא התייצבו לטיפול, בממוצע, כ-30% מהחיילים שנקבעו להם תורים לרופאים מומחים בבית החולים בילינסון; בחודשים ספטמבר עד נובמבר 2007 לא התייצבו לטיפול, בממוצע, כ-37.5% מהחיילים שנקבעו להם תורים לרופאים מומחים בבית החולים על שם שיבא בתל השומר; בשנים 2005-2007 שיעור אי-המתייצבים⁴⁷ הממוצע בשלוש מרפאות המומחים הצבאיות האזוריות⁴⁸ עמד על כ-40%.⁴⁹ יצוין, כי שיעורי אי-ההתייצבות הנ"ל נרשמו על אף מערכת תזכורות טלפונית שמפעיל המזו"ר מאוקטובר 2006.

ממכלול נתוני משר"פ ומקרפ"ר דלעיל יוצא אפוא, כי כ-50% מהחיילים המופנים לרופאים מומחים אינם מגיעים לקבלת הטיפול: או שאינם קובעים תור, או שקובעים תור אך אינם מתייצבים לטיפול שנקבע.

בביקורת עלה, כי אין בידי מקרפ"ר את הכלים הנחוצים כדי לנתח את הסיבות לאי-התייצבותם של החיילים לקבלת טיפול מרופאים מומחים. בהיעדר מידע נחוץ בנושא זה, הגורמים הרלוונטיים במקרפ"ר אינם יכולים למקד משאבים ומאמצים לטיפול בסוגיה.

עוד עלה בביקורת, כי קרפ"ר לא פרסם כל הוראה בדבר אי-התייצבות חיילים לטיפול במרפאות מומחים, כפי שעשה כאמור בתחום רפואת השיניים, וממילא מקרפ"ר ומשר"פ אינם נוקטים כל אמצעים כלפי חיילים שלא התייצבו במרפאות המומחים במועדים שנקבעו להם.

בהתייחסותו לממצאים הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה ביוני 2008, בין היתר, כי בעבר נקטו מספר רב של צעדים כדי לצמצם את התופעה של אי-התייצבות חיילים לטיפול במרפאות מומחים, אך ערכם היה מוגבל. עוד הודיע צה"ל, כי קרפ"ר קבע, שהנושא ייבחן שוב על ידי צוות שיפור של המשר"פ.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי לאי-קביעת תורים לרופאים מומחים ולא-התייצבות החיילים לתורים שנקבעו במרפאות המומחים (הצבאיות והאזרחיות כאחד) יש מספר השלכות, וביניהן: פגיעה אפשרית בכריאותם של החיילים וחוסר יעילות ושיבושים בעבודת המרפאות. לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח תופעות אלה, ראוי שמקרפ"ר ומשר"פ יפעלו לזהות, לבודד ולמקד את הסיבות לכך. כמו כן, ראוי, שמשר"פ יממש בהקדם את קביעת קרפ"ר האמורה, ונוכח בחינת הנתונים דלעיל, יפעל לצמצום התופעות של אי-קביעת תורים ושל אי-התייצבות לטיפול, במטרה למזער ככל האפשר את האפשרות של פגיעה בכריאות החיילים, לשפר את השירות הרפואי, לייעל את פעילותן של מרפאות המומחים ולחסוך בעלויות.

46 בעיקר בתחומים: אורולוגיה, אורתופדיה, אף אוזן גרון, עור ומין ונוירולוגיה.
 47 חיילים בשירות סדיר, שנקבעו להם תורים לרופאים מומחים.
 48 צפון, מרכז ודרום.
 49 בתחומים: אורתופדיה, אף אוזן גרון, נשים, עור ועיניים.

הספקת שירותי רפואה במרפאות אזוריות

בשנת 2007 סיפק צה"ל שירות רפואי לחיילים השוהים מחוץ לבסיסים ונוקקים לטיפול רפואי דחוף בשבע מרפאות אזוריות⁵⁰. ייעודן היה מתן מענה רפואי ראשוני לחיילים, ללא תלות במקום שירותם הצבאי והפנייתם להמשך טיפול, על פי הצורך, למרפאות היחידה, למרפאות מומחים, או לחדרי המיון בבתי החולים. מנתוני משר"פ עולה, כי בשנים 2004, 2005 ו-2006 ביקרו במרפאות האזוריות של צה"ל⁵¹ כ-211,000, כ-217,000 וכ-174,000 חיילים, בהתאמה⁵².

1. בשנת 2004 החל משר"פ בתהליך הדרגתי של העברת שירותי הרפואה הניתנים במרפאות האזוריות של צה"ל לספק אורחי - חברת "ביקורופא בע"מ" (להלן - "ביקורופא"). בשנת 2004 נפתחה מרפאה של "ביקורופא" בבאר שבע ובשנת 2006 נפתחה מרפאה נוספת בחיפה. במהלך שנת 2006 החל משר"פ לבחון גם כדאיות העברת שירותי הרפואה הניתנים ביתר המרפאות האזוריות של צה"ל לספק אורחי, וזאת מתוך הערכה, כי קיים יתרון בהתקשרות מעין זו.

בעבודת מטה בנושא שסיכם משר"פ בנובמבר 2006 צוין, בין היתר, כי איכות השירות הרפואי הניתן במרפאות האזוריות של צה"ל הייתה "ירודה ביותר", היה מחסור ברופאים, לא הייתה השקעה בתשתיות ובמשאבים, וכי בפועל ההתמודדות המרכזית במרפאות אלה הייתה "עם פנייה לשירותי רפואה צבאיים שלא לצורך רפואי, אלא להשגת רווחים משניים (בעיקר ימי חופשה בבית)". לטענת משר"פ, מטרת ההתקשרות עם הספק האורחי הייתה אחת - "שיפור הרפואה האזורית". משר"פ העריך את סכום ההתקשרות הארצית בכ-18 מיליון ש"ח (במחירי נובמבר 2006 ובהנחה שיתקיימו 200,000 ביקורים בשנה). בדצמבר 2007 נחתם הסכם בין המשרד לבין "ביקורופא", שעל פיו תפתח החברה בהדרגה מרפאות בפריסה ארצית.

לאחר מועד סיום הביקורת מסר משר"פ למשרד מבקר המדינה במרס 2008, בין היתר, את הנתונים הבאים: (א) עד תחילת מרס 2008 נפתחו שש מרפאות של "ביקורופא"⁵³ שהחליפו את המרפאות האזוריות של צה"ל. (ב) אומדן מספר פניות החיילים למרפאות "ביקורופא" לקבלת הטיפול הרפואי עמד על 180,000-200,000 פניות בשנה ועל ממוצע חודשי של 15,000-16,000 פניות. (ג) בהסכם שבין המשרד לבין "ביקורופא" לא הוגדרו היקפי השירותים שיסופקו לצה"ל, אלא הוגדרו מדדי איכות, שלהם תהיה מחויבת "ביקורופא". (ד) משר"פ טרם סיים את בניית מערך הבקרה מול "ביקורופא", שמתפקידו להבטיח, בין היתר, עמידה בנומרות השירות ובזמני המתנה בהתאם לנדרש בהסכם, וכן לבחון את כמות קבילות החיילים, לערוך סקרי שביעות רצון ולבדוק את איכות הטיפול הרפואי.

נוסף לאמור לעיל, בהתייחסותו לממצאי הביקורת הודיע צה"ל למשרד מבקר המדינה ביוני 2008, כי "ביקורופא" מפעילה שמונה מרפאות בפריסה ארצית⁵⁴, וכי מערך הבקרה שגובש "מצוי בשלבי אישור אחרונים במפקדת החיל טרם הפצתו לרופאים". עוד הודיע צה"ל בהתייחסותו, כי האומדן האמור של מספר פניות החיילים למרפאות "ביקורופא" כלל את החיילים שביקרו בעבר במרפאות האזוריות של צה"ל, שעמד על ממוצע של כ-200,000 ביקורים בשנה.

-
- 50 מרפאות אלה פעלו בחיפה, בצריפין, בבית ליד, בירושלים, בתל אביב, בגוליס ובבאר שבע. בשנת 2007, שתיים מאותן מרפאות הופעלו על ידי חברת "ביקורופא בע"מ" (ראו פירוט בהמשך).
- 51 לא כולל ביקורים ישירים של חיילים בחדרי מיון של בתי חולים.
- 52 משר"פ הסביר למשרד מבקר המדינה, כי הירידה במספר ביקורי החיילים במרפאות אזוריות בשנת 2006 נבעה מפתחת מרפאת "ביקורופא" נוספת באותה שנה.
- 53 נוסף לשתיים שנפתחו בעבר, נפתחו מרפאות גם בנהריה, בתל אביב, בראשון לציון ובאשדוד.
- 54 בנהריה, בחיפה, בתל אביב, בראשון לציון, במודיעין, בירושלים, באשדוד ובבאר שבע; בקרוב צפויה להיפתח המרפאה האחרונה של "ביקורופא" בנתניה.

2. בהסכם בין המשרד לבין "ביקורופא" נקבעו מנגנוני פיקוח ובקרה של צה"ל על טיב השירות שיינתן על ידי חברה זו. לדעת משרד מבקר המדינה, כיוון שמדובר באוכלוסיית חיילים שמחויבת לשירות הביטחון על פי חוק - ולא מתוך בחירה - וכיוון ש"ביקורופא" נקבעה כספק יחיד לכל חיילי צה"ל, יש מקום שהמשרד יקבע בהסכם, שחברה זו תעמוד לביקורת של משרד מבקר המדינה, לפי סעיף 9(6) לחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב].



לסיכום, שירותי הרפואה שצה"ל מספק לחייליו מהווים את אחד הנדבכים הבסיסיים והחשובים במגוון כולל של השירותים הניתנים למשרתים בשירות חובה וקבע ביחידות הלוחמות והעורפיות. על צה"ל מוטלת חובה חוקית לספק שירותים אלה. אולם מעבר לחובה זו, יש לאיכותם ולזמינותם של שירותי הרפואה משמעות ערכית ממדרגה ראשונה, כיוון שנועדו להבטיח את בריאותם של החיילים, רובם בשירות חובה על פי חוק, וזאת נוסף להשפעה ישירה שיש להם על כשירות מבצעית של כוחות צה"ל. יצוין, כי מבחינתם של החיילים, לאיכות ולזמינות שירותי הרפואה השפעה על אמונם במערכת הצבאית ומכאן על המוטיבציה לשרת, בעיקר במערך הלוחם. נוכח כל אלה משקיע צה"ל משאבים רבים במערך שירותי הרפואה, לרבות בכוח האדם המקצועי ובאמצעים. ניהול יעיל של משאבים אלה, תוך הקפדה על רף מקצועי גבוה של הטיפול הרפואי, עשוי להביא להתייעלות, לחיסכון ולשיפור השירות.

דוח הביקורת מצביע על ליקויים מהותיים הדורשים פעולות תיקון, וביניהן:

- על משרד הביטחון, משרד הבריאות ומשרד האוצר לקיים את החלטת הממשלה משנת 2006 ולהקים ועדה בין-משרדית לבחינת עתיד מערך שירותי הרפואה בצה"ל.
- היעדר רופאים ביחידות שדה הוא מצב חמור מאוד שאין להשלים עמו. בהתקיים מחסור ברופאים כפי שצה"ל מציג, ראוי שצה"ל וועדת תכנון ותקצוב של המועצה להשכלה גבוהה יסכמו בדחיפות, בשיתוף עם הפקולטות לרפואה, את הדרך המיטבית להגדלת מספר העתודאים שלומדים לימודי רפואה.
- על משרד הביטחון ועל משרד הבריאות לסכם, ללא דיחוי נוסף, את תנאי ההסדר החדש לרכש שירותי רפואה עבור צה"ל מבתי החולים הממשלתיים.
- על צה"ל לתת את הדעת למצב הנוכחי, שבו קיצוץ בסמכויות חיל הרפואה בקביעת תקני כוח אדם רפואי ואמצעים מקשה על החיל לממש את אחריותו החוקית לבריאות החיילים.
- על חיל הרפואה לשפר את מערכות הבקרה, שנועדו לבחון את אופן הספקתם ואת איכותם של שירותי הרפואה ולטפל בנושאים הדורשים תיקון.

במועד סיום הביקורת נמצא חיל הרפואה בתהליך בחינה וארגון, שעיקרו זיהוי תחומי פעילות שראוי להוציא למיקור חוץ והתמקדות פעילות מערך הרפואה הצבאי בהספקת שירותי הרפואה לחיילים המשרתים במערך הלוחם; כל אלה תוך שיפור בזמינות ובאיכות שירותי הרפואה המסופקים לכלל החיילים. לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שכל הגורמים הרלוונטיים ובראשם צה"ל, יפעלו לתיקון הליקויים שעלו בביקורת, זאת במיוחד לנוכח התהליך האמור.