

חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה

תקציר

מלר"ד¹ הוא מחלקה בבית החולים, שבעבר נקראה חדר מיון, ומטרתה לספק שירותי רפואה דחופה. בכלל מוסדות הבריאות בארץ יש 1,115 עמדות (מיטות) לרפואה דחופה, מהן כ-1,000 עמדות בבתי חולים כלליים (שאר העמדות הן במוסדות לבריאות הנפש ובמוסדות למחלות ממושכות). מספר הפניות למלר"דים הוא כ-2.5 מיליון בשנה.

במלר"ד יש חשיבות מכרעת למהירות האבחון והטיפול ולמומחיות הצוות המאבחן והמטפל, ולעתים קרובות חיי אדם תלויים בכך. המלר"דים עולים לעתים תכופות לסדר היום הציבורי, בעיקר בשל טענות על תורים ארוכים, טיפול מאוחר ולפעמים אף טענות על טיפול ואבחון לא מיטביים. לכן חשוב שבבואו להסדיר תחום זה, יביא משרד הבריאות (להלן - המשרד) לכך שצוות המלר"דים יאויש ברופאים ובצוות בעלי הכשרה מתאימה, להקצות ציוד מתאים ומודרני, לקבוע נוהלי עבודה ולעדכןם.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-נובמבר 2009 בדק משרד מבקר המדינה את הנושאים האלה: פעולות משרד הבריאות בהסדרת פעילות המלר"דים ובפיקוח עליה; פעולות המשרד, קופות החולים ובתי חולים לזיהוי הסיבות לעומס במלר"דים ולהקלתו; היבטים של תכנון מלר"דים והתאמתם לאוכלוסייה; מיומנות כוח האדם הרפואי והסיעודי במלר"דים והכשרתו; פעולות בתי החולים להבאת הסדרי התשלום במלר"דים לידיעת הציבור; אופן הנפקת מכתבי שחרור מהמלר"דים; והסדרת פעילות המלר"דים בנהלים.

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות - באגף לרפואה כללית שבמינהל הרפואה, באגף לאבטחת איכות, במינהל הסיעוד ובנציבות תלונות הציבור לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בנציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם) שבמשרד ראש הממשלה ובארבע קופות החולים. בדיקות השלמה נעשו במועצות הלאומיות לבריאות² ובמרכזים הרפואיים האלה: המרכז הרפואי הממשלתי ע"ש חיים שיבא בתל השומר (להלן - תל השומר), המרכז הרפואי סורוקה (להלן - סורוקה) והמרכז הרפואי העמק (להלן - העמק), שני האחרונים של שרותי בריאות כללית. בשלושת בתי החולים שנבדקו התקבלו כ-493,000 (20%) מכ-2.5 מיליון הפניות למלר"דים בשנת 2007. מידע נוסף התקבל מבתי חולים ציבוריים.

1 מחלקה לרפואה דחופה.

2 גופים מקצועיים המייעצים להנהלת המשרד בכל תחומי מערכת הבריאות.

עיקרי הממצאים

סוגיית העומס במלר"דים

טיפול לא מספק של המשרד בבעיית העומס במלר"דים: במלר"דים יש עומס רב. לעומס זה השלכות רבות, שהעיקריות בהן הן: משכי המתנה ארוכים של הפונים; עומס יתר על מחלקות האשפוז עקב הפניות מיותרות; חוסר שביעות רצון של הפונים; פגיעה ביעילות העבודה של הרופאים; אלימות נגד הצוות. המשרד לא עשה די במעקב אחר העומס במלר"דים, בהנחיית בתי החולים לאסוף מידע עליו ובחקירת הגורמים לעומס, השפעתו והדרכים להקלתו.

המשרד עשה סקר³ שעסק בפניות של קשישים, ילדים וחיילים למלר"דים, וממצאיו הצביעו על כך שבדומה למדווח בארצות מערביות אחרות, בישראל קיימת תופעה של פניות מיותרות רבות למלר"דים, שקיימת להן חלופה טיפולית זמינה במסגרות הרפואה בקהילה. משרד הבריאות לא דן כלל בממצאי הסקר ובהמלצותיו.

התמודדות לא מספקת עם האלימות במלר"דים: מחקר שנעשה בישראל⁴ מצביע על כך שמספר מקרי האלימות במלר"ד עומד ביחס ישר לעומס שבו. בעקבות המלצות ועדה לבחינת סוגיית האלימות במוסדות הבריאות ולמציאת דרכי התמודדות עם התופעה, פרסם המשרד, בשנים 2000 ו-2004, חוזרי מנכ"ל שהנחו את בתי החולים, בין היתר, להציב שוטרים לאבטחת המלר"דים, ליזום פעולות חינוך והשתלמויות של הצוות בנושא ולהפעיל מערך תיעוד על אלימות בבתי החולים. חלק מההנחיות האלה לא יושמו, ובכלל זה לא שולבו שוטרים באבטחת המלר"דים. המשרד גם לא פיקח על יישום הנוהל ולא יזם דיון עם המשרד לביטחון הפנים לצורך הענקת סמכויות אכיפה למאבטחים במלר"דים⁵ והבהרת סמכויותיהם לטיפול במקרי האלימות.

היעדר הנחיה מרכזית לתכנון פיזי של מלר"ד: כדי להתאים את המלר"ד למספר הפונים אליו יש צורך לקבוע אמות מידה להיבטים פיזיים שלו, ובין היתר למספר עמדות הטיפול שיהיו בו, ויש לעדכן אמות מידה אלה מדי כמה שנים. המשרד הקים ועדות שעסקו בנושא זה ואף הביאו לפניו המלצות, אך הוא לא פעל לשינוי אמות המידה לפי המלצות הוועדות, והסטנדרדים שהוועדות המליצו עליהם לא פורסמו.

הרחבת מלר"דים מתבצעת לעתים על ידי ציפוף המיטות בלא הגדלת שטח המלר"ד. הדבר מביא להצבת עמדות במקומות שאינם ראויים לכך, ומתעורר חשש לפגיעה באיכות הטיפול הרפואי וברוחות הפונים. כך למשל נמצאה עמדת מלר"ד לבדיקות בישיבה שחוסמת את אחד הפתחים לחדר ההלם⁶, שצריך להיות פנוי למעבר מהיר, הן של מיטות חולים והן של אנשי צוות.

השתיית פונים במלר"ד עקב חוסר מקום במחלקות: העומס במחלקות האשפוז, בעיקר הפנימיות, אינו מאפשר לעתים לאשפז במחלקה פונים

3 אלישבע שמחן ואח', סקר מחלקות לרפואה דחופה (מלר"דים) בישראל, דו"ח ראשון (2008).
4 שמחה פ' לנדאו, אלימות נגד צוותים רפואיים ואחרים בחדרי מיון בבתי חולים בישראל, האוניברסיטה העברית בירושלים, המכון לקרימינולוגיה, הפקולטה למשפטים, דצמבר 2004.
5 בעניין זה ראו גם עמ' 39 בדוח זה בנושא "הטיפול באלימות כלפי עובדי ציבור".
6 חדר המיועד בעיקר לביצוע החייאות.

שהוחלט על אשפוזם, ולכן הם נשארים במלר"ד במעין "מחלקת השהיה" - לעתים למשך כמה יממות וכתחליף למחלקת אשפוז. המשרד לא קבע הנחיות בנושא המושהים במלר"ד, בין היתר באשר לצוות הרפואי, לצידוד והמכשור הנדרשים כדי לתת טיפול הולם לפונים אלה.

היעדר עבודת מטה לקביעת מדיניות לאומית בעניין מוקדים רפואה דחופה בקהילה⁷: אחת הדרכים להקלת העומס במלר"דים ולמניעת פניות לקבלת שירותי רפואה ראשונית במלר"ד, היא באמצעות מוקדים לרפואה דחופה בקהילה (להלן - מוקדים רפואיים). חלק מהמוקדים מוקמים על ידי קופות החולים בעצמן, ואחרים הם בבעלות חברות פרטיות. למרות היקף פעילותם הנרחב של המוקדים, הפוטנציאל הגלום בהם להקלת העומס במלר"דים, והיותם ספקי שירות רפואי שבתחום האחריית של המשרד, לא קיים המשרד עבודת מטה לקביעת מדיניות לאומית בעניין המוקדים הרפואיים, בין היתר בתחום הכשרת הצוות הרפואי, התנאים הפיזיים, המכשור והנגישות. המשרד גם אינו מקיים בקרה במוקדים אלה. יתרה מכך, המשרד אפילו לא קבע שהמוקדים נדרשים לרישוי כלשהו מטעם המשרד, בדומה לרישוי אותו חייבים לעבור מרפאות כירורגיות פרטיות.

קופות החולים רוכשות מבתי החולים הכלליים שירותים שונים, כגון פניות למלר"דים במקרים דחופים, פניות לניתוחים שונים וכן שירותים אמבולטוריים⁸. הקופות ובתי החולים מתקשרים ביניהם לעתים בהסכמים גלובליים, ונקבע בהם היקף רכש מזערי שהקופה מתחייבת לרכוש מבית החולים. מעבר להיקף זה יורד או מתבטל לחלוטין התשלום של הקופה לבית החולים עבור השירות. עלויות הפניות למלר"ד כלולות בהסכמים.

חשב משרד הבריאות המליץ בעניין זה באוקטובר 2009, במסגרת הניתוח הפיננסי לשנת 2008⁹, כי יש לבחון את מנגנון הקפינג¹⁰ וההסכמים הגלובליים בין המרכזים הרפואיים לקופות החולים וכי פעילות המלר"דים לא תיכלל במנגנון הקפינג. לדבריו בשיטה זו יימנע מקופות החולים לקבל שירותים במחירים נמוכים משמעותית ממחירי המחירון, בעקבות הצפת המרכזים הרפואיים בחולים הפונים למלר"ד.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי המשרד יקיים עבודת מטה שתבחן את השפעת ההסכמים הנהוגים כיום בין קופות החולים לבין בתי החולים על הקמה והתקשרות של קופות החולים עם מוקדים רפואיים ומתוך כך גם על העומס במלר"דים.

7 נושא המוקדים הרפואיים בקהילה נבדק בעבר על ידי משרד מבקר המדינה. בעניין זה ראו: מבקר המדינה, דוח שנתי 56 ב (2006), "סוגיות בתחום הרפואה הראשונית בקהילה", עמ' 405; דוח שנתי 49 (1999), "מוקדים רפואיים של קופות החולים", עמ' 156.

8 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים, לדוגמה - בדיקת CT, בדיקת רופא מומחה ובדיקת דם.

9 ניתוח פיננסי 2008, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות, חשבות משרד הבריאות, פורסם באוקטובר 2009.

10 שיטת התחשבות בין קופות החולים למרכזים הרפואיים, המוסדרת מבחינה משפטית בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב - 2002. החוק קבע תקרת צריכה ("קפינג") לכל קופת חולים בכל מרכז רפואי. אחת לשלוש שנים נעשה ערוך של המנגנון. תקרת הצריכה מהווה נקודת התייחסות לאמור בהסכם הגלובלי.

כוח אדם רפואי במלר"ד - תקינה והכשרה

היעדר תקינה מעודכנת לכוח אדם רפואי במלר"ד: כמות כוח האדם הרפואי והכשרתו הם מרכיב מרכזי בתפעול מערכת הבריאות בכלל והמלר"ד בפרט, ולכן עליהם להיות ברמה שתספק מענה ראוי לפונים. אולם כמות כוח האדם הרפואי המועסק בבתי החולים נקבעת על פי מפתחות תקינה שנקבעו בשנות השבעים של המאה העשרים, ועודכנו מדי פעם בפעם בשנים שלאחר מכן. מנגנון עדכון התקינה לא שונה, ואין הוא מביא בחשבון שינויים שחלו במשך השנים, כגון שינויים טכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית והתפתחות של מקצועות בתחום הרפואה. המשרד לא יזם תקינת כוח אדם חדשה ונכונה למלר"ד, והוא אינו מקיים בקרה אחר מילוי הנחיותיו.

שינוי תקן ללא בקרה של נש"ם: נש"ם מקיימת, בשיתוף בתי החולים הממשלתיים, עבודת מטה לקביעת תקן הרופאים בהם, ובכלל זה במלר"ד. ואולם לאחר עבודת המטה האמורה מחלק בית החולים את סך התקנים שקיבל באופן שונה מקביעת הנש"ם וללא התערבותו או בקרתו. בסופו של דבר אין כמעט קשר בין תקן הרופאים שקבע נש"ם למצבתם בפועל בבתי החולים הממשלתיים.

היעדר הסדר לתמהיל מקצועות הרפואה במלר"ד: אופי הפעילות במלר"ד מחייב שירות רפואי בתחומי מומחיות מגוונים (רפואה דחופה, כירורגיה, אורתופדיה וכו') ובכל שעות היממה. המשרד נתן דעתו לצורך בהסדרת נושא זה, ובשנת 2000 הוקמה ועדה שדנה בארגון מחדש של המלר"ד ובבחינת תמהיל צוות הרופאים שבו. בוועדה הסתמנה הסכמה שתמהיל המקצועות הרפואיים של רפואי המלר"ד יהיה מורכב משליש מומחים ברפואה דחופה, שליש מתמחים ברפואה דחופה ושליש רופאים ממקצועות הרפואה השונים (כירורגיה, אורתופדיה וכו') ממחלקות בית החולים. הוועדה המליצה בין השאר לקיים פיילוט (ניסוי) בבית החולים קפלן, אולם הפיילוט לא התקיים וגם שאר המלצות הוועדה לא יושמו. כמו כן המשרד לא הכריע במחלוקת מקצועית עד כמה צריך להיות המלר"ד מאויש במומחים ברפואה דחופה, ולא קבע אילו תחומי מומחיות רפואית יכלול המלר"ד ואילו הכשרות צריכים לעבור רופאים במלר"ד שהתמחותם אינה בתחום הרפואה הדחופה.

הסדרים לא ראויים לתורנויות מומחים לאחר שעות הפעילות הרגילות: בחלק מבתי החולים אין במלר"ד רופא מומחה בשעות הלילה ובסופי שבוע, ובבתי חולים אחרים קיים מחוץ לשעות העבודה הרגילות חוסר במומחים בחלק מהמקצועות העיקריים החיוניים לפעילות המלר"ד. יתרה מכך, הרופאים שמבצעים את התורנויות במלר"ד מטעם המחלקות הם לפעמים "תורני חוץ" - רופאים שאינם חלק מסגל העובדים בבית החולים. חלקם מאיישים מעט מאוד משמרות, ועקב כך נפגעת גם יכולתם להתעדכן במקצועם. כמו כן, בחלק מבתי החולים שנבדקו, הסמכות לאשר את כשירות התורנים מטעם המחלקות אינה נתונה בידי מנהל המלר"ד, אלא בידי מנהלי מחלקות האשפוז. כך שבעצם, בשעות הערב, הלילה וסופי השבוע מנהל המלר"ד אינו אחראי בפועל על עבודת התורנים במלר"ד.

הסמכות לאשר רופאים כתורני מלר"ד עשויה לחזק את יכולתו של מנהל המלר"ד לקיים פיקוח ובקרה על התורנים. הועלה כי בין בתי החולים קיים שוני משמעותי בהגדרת סמכותו של מנהל המלר"ד לאשר רופאים כתורני המלר"ד.

אי-בהירות בעמדת המשרד בנושא ההתמחות ברפואה דחופה: בישראל, בניגוד לקיים בארה"ב, לא נקבעו צורכי מערכת הבריאות

במומחים בתחום הרפואה הדחופה, והיא הוגדרה כתחום של מומחיות-על¹¹ - עובדה המשפיעה על היצע הרופאים בתחום. כמו כן לא קבע המשרד מהו מספר המומחים ברפואה דחופה שיש לשלב בכל משמרת.

למשרד הבריאות גם אין מאגר נתונים עדכני ושלם על מומחים בתחום זה, ואין לו למשל נתונים כמה מהרופאים עזבו את ישראל או אינם עוסקים במקצועם.

כוח אדם סיעודי במלר"ד - תקינה והכשרה

היעדר תקינה מעודכנת של כוח האדם הסיעודי במלר"ד: בקרב העוסקים במקצועות המלר"ד יש תמימות דעים ששינויים שחלו במערכת הבריאות צריכים להביא לתוספת תקנים, ולכל הפחות מחייבים את משרד הבריאות לקיים עבודת מטה שתנתח את השינויים ותקבע תקן הולם ועדכני. דבר זה לא נעשה.

הכשרה לא מתאימה של כוח האדם הסיעודי במלר"ד: מינהל הסיעוד שבמשרד הכיר בחשיבות של קיום הכשרה מתאימה של אחיות¹² המלר"ד, ולכן בשנת 1999 הוא פרסם חוזר שקבע כי אחראי משמרת במלר"ד יהיה בוגר קורס על-בסיסי ברפואה דחופה, אולם מינהל הסיעוד לא ביצע בקרות על קיום הנוהל, ומאז שנת 2004 לא אסף נתונים בתחום זה. התברר כי בבתי החולים שנבדקו אין הקפדה על כך שכל אחראי המשמרת יהיו בוגרים של הקורס העל-בסיסי ברפואה דחופה.

בחלק מבתי החולים המלר"ד מפוצל לתת-מחלקות באולמות נפרדים, אך המשרד לא קבע אם בכל תת-מחלקה במלר"ד צריך להיות אחראי משמרת בעל הכשרה על-בסיסית כאמור.

היעדר החלטה באשר להנהגת שיטת הטריאז' במלר"דים: אחת הדרכים ליעיל את עבודת המלר"ד היא מיון ראשוני של הפונים למלר"ד באמצעות אחות ותיקה ומקצועית שמנתבת את הפונים וקובעת את סדר הטיפול בהם לפי מצבם הבריאותי (להלן - טריאז'). שיטת הטריאז' נבחנה במחקר בבתי חולים כלליים, ותוצאותיו הצביעו על הצלחתה, על עלייה בשביעות הרצון של המטופלים ועל ירידה בזמן שהייה של החולים. במחקר הומלץ לשקול הפעלה של הטריאז' בכל בתי החולים, ואולם המשרד לא דן בהמלצות המחקר ולא החליט אם יש להנחות את בתי החולים לפעול בשיטה זו. מינהל הסיעוד במשרד גם לא הנחה את בתי החולים שפועלים בשיטה זו, מהם ההכשרה והניסיון הנדרשים מאחיות טריאז'. בבית החולים העמק נמצא כי את הטריאז' מבצע בפועל צוות פקידיים במשרד הקבלה, ללא הכשרה מספקת למטלה זו.

11 "מומחה-על" - רופא בעל מומחיות נרכשת מעבר למומחיות ראשונית; שלא כמקובל בכמה מדינות בחו"ל, שבהם קיימת גם מומחיות בסיסית בתחום הרפואה הדחופה.

12 כל מקום שכתוב בו "אחיות" הכוונה גם לגברים העוסקים במקצוע.

פעולות משרד הבריאות להסדרת עבודת המלר"דים

המשרד נושא באחריות הממלכתית להבטחת בריאות תושבי המדינה, ולשם כך הוא אמון על קביעת המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה, ומופקד על תכנון, פיקוח, בקרה, רישוי ותיאום בתחום זה, ובכלל זה בנוגע לעבודת המלר"דים.

חוסר בהגדרה אחידה לתפקיד המלר"ד: בחוק זכויות החולה ושאר החוקים המאזכרים את המלר"דים, תואר תפקיד המלר"ד בקווים כלליים ובסיסיים, ובפועל נמצא בביקורת כי יש מלר"דים המנוהלים בהתאם לפרשנות מרחיבה או מצמצמת, בהתאם לתפיסות מקצועיות וניהוליות שונות, מצד אחד נמצאים בתי חולים המתייחסים למיון כמקום בו הבירור לגבי החולה צריך להיעשות בצורה הטובה ביותר, כך שהחלטה על אשפוז תהיה מבוססת ביותר; ומהצד האחר נמצאים בתי חולים הרואים בחדרי המיון מקום לטיפול דחוף במקרי חירום, ומעודדים החלטה מהירה לגבי אשפוז או שחרור, ובמקרי ספק עושים את הבירור במסגרת מחלקות האשפוז. ואולם, המשרד לא קבע דבר בתחום הגדרת תפקיד המלר"ד ולא דן בממצאי סקר המלר"דים שביצע (2008), שנקבע בו ש"חדרי המיון נבדלים בהשקפת עולמם לגבי תפקיד המיון". ועדות שהמשרד הקים לקביעת נהלים בסיסיים למלר"דים לא סיימו את עבודתן. כך למשל, המשרד לא הביא למיצוי עבודתה של "ועדה לקביעת סטנדרטים"¹³ שמינה כבר ב-1997.

בהיעדר הגדרה לתפקיד המלר"ד, המשרד וגורמי פיקוח ובקרה אחרים אינם יכולים לבחון מרכיבים חשובים בתפקודו של המלר"ד, הן בתחום הטיפול והן בתחום השירות לציבור. בהיעדר הגדרה גם לא יכול המשרד לבחון ולקבוע אם מלר"ד כלשהו עשה את כלל הבדיקות הראויות והמתאימות לכל פונה, שכן הבדיקות שונות בהתאם להגדרת המלר"ד בכל מרכז רפואי. השוני בתפיסת תפקיד המלר"ד מטעה גם רופאים בקהילה, שכן לעתים קרובות הם משתמשים במלר"ד לקבלת ייעוץ רפואי נוסף בדבר מצבו של החולה.

הכנת קובץ נהלים והנחיות בתחום המלר"ד

היעדר הנחיות ונהלים בתחום המלר"ד: מתפקידו של המשרד לקבוע נהלים בסיסיים לעבודת המלר"דים בתחומים שונים: רפואיים, מינהליים ומשקיים, ועליו לקיים פורום קבוע לעדכון הנהלים בהתאם להתפתחויות טכנולוגיות, רפואיות וכד'. המשרד ניסה להסדיר נהלים אלה, אולם המלאכה לא הסתיימה. כתוצאה מהיעדר הסדרה כאמור, יש חוסר אחידות בדרך שבה פועלים מלר"דים בתחומים רבים. היעדר סטנדרטים בתחומים אלה ואחרים מקשה על המשרד לקיים בקרה על תחום הרפואה הדחופה.

אגפי המשרד הכינו במשך השנים נהלים הנוגעים לעבודת בתי החולים, והמשרד מפעיל אתר אינטרנט ובו מנוע חיפוש לנהלים אלה. לרבים מנהלים אלה יש נגיעה גם לעבודת המלר"ד, ואולם הם אינם ניתנים לאחזור מרוכז. מאגר הנהלים גם אינו מעודכן ומרוענן, ולעומת נהלים שחסרים בו, ניתן למצוא בו גם נהלים לא רלוונטיים או בלתי תקפים.

13 ועדה שמונתה על ידי המשרד בשנת 1997 ופעלה בראשות ד"ר יצחק סבר, או ראש האגף לרפואה כללית.

הועלה כי המשרד ניסה בעבר להכין נהלים בנושאים שהוא ראה צורך בהסדרתם, אולם נהלים אלה לא פורסמו בסופו של דבר, והם תויקו כ"נהלים בהקפאה", בלא שאותו נושא הוסדר בדרך אחרת. לדוגמה, נוהל בנושא "חובת הוצאת סיכומי מחלה מודפסים".

אשר להסדרת עבודת המלר"ד בנהלים פנימיים - בדיקה בשלושה בתי חולים העלתה שבשניים מהם רמת הארגון של הנהלים החינויים לעבודת המלר"דים אינה מאפשרת לעשות בהם שימוש יעיל העונה לצורכי המלר"דים.

המשרד ובתי החולים שנבדקו לא קבעו משכי זמן מרביים למתן שירות לפונים, כגון קבלת אבחון של מומחה, וביצוע בדיקות שונות, כולל במערך הדימות, ובקבלת תוצאותיהן. רק בינואר 2010, לאחר מועד סיום הביקורת, פרסמה הכללית נוהל ובו משכי זמן מרביים לשירות לפונים למלר"ד.

פיקוח ובקרה על מלר"דים

אחד מתפקידיו של משרד הבריאות כרגולטור בתחום הבריאות הוא לקיים פיקוח ובקרה על בתי החולים, ובכלל זה על המלר"דים הפועלים בהם.

הבקרה לקראת חידוש רישיון בית חולים אינה מכסה מספיק את תחום המלר"ד: החל משנת 2003 מפעיל המשרד תהליך לבקרה ולרישוי של בתי חולים החייבים ברישוי. בהתאם לממצאי הבקרה קובע המשרד אם להאריך את תוקף הרישיון לבית החולים, ולמשך כמה זמן. ואולם, בין רשימות התיוג שמשמשות את צוותי הבדיקה בתהליך בקרת הרישוי, אין רשימה הנוגעת למלר"ד, ובצוות הבקרה אין מומחה בתחום הרפואה הדחופה. יוצא שלמעשה המשרד אינו מבצע בקרה ייעודית לתחום החשוב של המלר"דים.

ליקויים בתיעוד הבקרות ובתכנון מועדן: המשרד לא מנהל רישום ותיעוד מרוכז וזמין על בקרות שנעשו לפני שנת 2008, ואין בידי תכנית לבקרות עתידיות. מעיון בתכנית הבקרות לשנת 2010 נמצא שמבין 28 תכניות לבקרת רישוי שנכללו בה, 15 תוכנו למועד שאחרי תאריך תפוגת הרישוי.

אשר להיקף ומחזור הבדיקה - מאחר שמדובר בבקרה המתקיימת אחת לשלוש שנים, המשמעות היא שמלר"ד שלא נבדקו בו נושאי הבקרה הקשורים אליו, יופעל למעשה כשש שנים בלא בקרה של המשרד.

יישום חלקי בלבד של תהליך האקרדיטציה¹⁴ בבקרת הרישוי: בחלק מבתי החולים הכלליים בארץ ובעולם מקובל לעשות תהליך אקרדיטציה, שבין מטרתיו - לעקוב לדוגמה אחר החולה מרגע כניסתו למלר"ד עד שחרורו, ולאתר את הליקויים בתהליך. בדרך זו כוללת הבקרה את כל פעילות המלר"ד וגם את הממשק של המלר"ד עם שאר מחלקות בית החולים. ואולם תהליך בקרת הרישוי שמבצע המשרד אינו כולל עקרונות בקרה חשובים שקיימים בתהליך האקרדיטציה.

14 אקרדיטציה - תהליך בחינה חיצוני שנעשה בחלק מבתי החולים בארצות מפותחות ובחלק מבתי החולים של הכללית, המעריך את איכות הטיפול תוך כדי מעקב אחרי כל שלבי הטיפול, במטרה לעודד שיפור איכות.

היעדר בקרת איכות במלר"דים: תהליכי הבטחת איכות הם תהליכים משלימים לתהליכי הפיקוח והבקרה. ואולם, בין השנים 1993-2009 לא נערך אף תהליך כולל של הבטחת איכות¹⁵ במלר"דים, למעט סקר מאפיינים שנשלח לבתי החולים בשנת 1996, ונושא איתור נשים נפגעות אלימות במלר"ד בשנת 1999. זאת אף על פי שהמשרד עמד על הצורך בכך, ובשנת 1999 הוא אף תכנן לבצע תהליך בקרת איכות. ואולם התהליך נעצר עוד לפני שהחל, ומאז לא נעשתה כל פעילות בתחום זה.

היעדר פיקוח של המשרד על בקרה פנימית של בתי החולים על איכות הטיפול במלר"דים: לצורך תפקוד שוטף ותקין של המלר"דים, על הנהלת בית החולים לקיים בקרה פנימית, ועל המשרד לוודא שהנהלת בית החולים אכן מקיימת בקרה. ואולם המשרד לא קבע אילו פעולות של פיקוח ובקרה פנימיים על בתי החולים לבצע בתחום איכות הטיפול במלר"דים, וכיצד הן תתועדנה כדי שהוא יוכל לבדוק אותן. גם לא נמצא שהמשרד מפקח אם וכיצד בודק בית החולים את המלר"ד שלו. המשרד גם לא מפעיל באופן שוטף ומתוכנן בקרה על המשתנים הקובעים את איכות הטיפול הרפואי במלר"דים.

הנמכת רף ההכשרה הנדרשת לצורך הסמכה לשחרר פונה מהמלר"ד

ההחלטה על שחרור אדם שפנה למלר"ד משמעותה שהביורו הסתיים, ושהפונה נמצא במצב שאינו מחייב אשפוז/או השגחה בבית החולים, ומלווה בהנחיות להמשך טיפול אצל רופאי הקהילה. טעות בהחלטה מסוג זה עלולה לעלות בחיי אדם, אולם מנגד - הרופא המשחרר צריך להביא בחשבון את הסיכון לחולים בשל אשפוז מיותר. לכן חשוב שהמשרד יקבע את מאפייני ההכשרה, הוותק והניסיון של בעל התפקיד שבסמכותו להחליט על שחרור. ואכן, בשנת 1979 הנחה המשרד כי יוסמכו לכך רק רופא מומחה או מתמחה בשנתיים האחרונות להתמחותו. ואולם במשך השנים לאחר מכן הפיץ המשרד למלר"דים סדרה של הנחיות, ובהן הוריד את הדרישות המתנות הסמכה כזו. במועד סיום הביקורת, גם רופא שזה עתה סיים את לימודיו ואין לו כל ניסיון, יכול לשחרר פונים מהמלר"ד במידה ויש לו אישורים כפי שנקבע. המבקר הפנימי במשרד הבריאות מצא שבשנים 2004-2006 שוחררו פונים רבים מהמלר"ד על ידי רופאים שאינם עומדים אפילו בדרישות המקלות של המשרד עצמו.

תשלום תמורת שירות רפואי במלר"ד

פגמים ברשימת המקרים המזכים בפטור מלא או חלקי מתשלום: בחוק נקבע כי פרט למקרים מוגדרים מראש, הטיפול הרפואי הניתן במלר"דים כרוך בתשלום על פי תעריף שקובע המשרד. בחוק נמנתה רשימת מקרים שהפונה זכאי בהם לפטור מלא או חלקי מתשלום זה. ראוי לציין כי חלק מקופות החולים הרחיבו את מספר המקרים המזכים בפטור מאגרה. בביקורת נמצא כי כללי הפטור אינם ברורים דיים, ויש הרבה תלונות מוצדקות של מבוטחים בעניין זה.

15 הבטחת איכות - תכניות מתמשכות ומובנות שכוללות "מעגל איכות" של איסוף וניתוח נתונים לצורך זיהוי בעיות, בניית התערבות ויישומה, ואיסוף נתונים חוזר כדי לבחון את השפעת ההתערבות ולהכניס בה תיקונים במקרה הצורך.

המשרד לא פעל לבחינת החקיקה בנדון ולשינויה במידת הצורך כך שתמנע פרשנות מצמצמת של קופות החולים.

היעדר פרסום ראוי לציבור בעניין הפטורים מתשלום: המידע על מקרים המזכים בפטור מתשלום אינו נגיש לפונים, או שהוא מוצנע ואינו גלוי לעיניהם. המשרד לא נתן כל הנחיות בנושא זה.

מכתבי שחרור וסיכומי מחלה

אי-בהירות של מכתבי השחרור מהמלר"ד בשל רישומם בכתב יד: מכתב השחרור מהמלר"ד מצריך התייחסות והמשך טיפול מטעם רופאים במחלקות, רופאים בקהילה ועוד. מכאן שחשוב לקיים רישום רפואי מפורט, מדויק וברור, ולשם כך עליו להיות מודפס ולא כתוב בכתב יד שלעתים אינו קריא. ב-2001 החל המשרד להסדיר תחום זה במסגרת נוהל שעסק ב"חובת הוצאת סיכומי מחלה מודפסים". בסופו של דבר הטיפול בנוהל הופסק בלא כל החלטה רשמית להקפיא את הנוהל ובלא שהנושא הוסדר. יצוין כי במועד סיום הביקורת, כל המלר"דים שנציגי משרד מבקר המדינה¹⁶ ביקרו בהם, הפיקו גיליונות רישום רפואי בכתב יד.

סיכום והמלצות

המשרד לא בחן דרכים להפחתת העומס במלר"דים; יתרה מכך, גם המלצות סקר שהוא עצמו עשה בנושא ותוצאותיו העידו שנעשות פניות רבות למלר"דים גם כשיש להן חלופה בקהילה, לא נדונו ולא טופלו כהלכה, וכן לא נבחנו דרכים לצמצום מספר הפניות למלר"דים. ראוי אפוא, שמשרד הבריאות, בשיתוף קופות החולים, יקיים דיון על ממצאי הסקר ויקבל החלטות בהתאם.

ראוי כי בתי החולים יבצעו מדי תקופה תהליך של איסוף וניתוח מידע על העומס במלר"ד, ויפעלו להקלתו - הן על ידי טיפול בגורמים לעומס והן על ידי טיפול בתופעות שנגרמות על ידי העומס, למשל על ידי הוספת כוח אדם רפואי וסיעודי בשעות העומס, כפי שנעשה בתל השומר.

בשל העומס במלר"דים ובמחלקות האשפוז, חולים רבים אינם מתאשפזים במחלקות אלא מושהים במלר"ד. על המשרד להסדיר תחום זה.

על המשרד לחדש את עבודת הוועדה שעסקה בקביעת תחומי הגדרת תפקיד המלר"דים וקביעת ההנחיות הבסיסיות לפעולתם וכן לפעול לשפר את דרך ריכוז המידע המקוון ואת האפשרות למציאת כלל הנהלים הקשורים למלר"דים, כך שיהוו כלי עבודה זמין ומעודכן. גם על בתי החולים לפעול לשפר את האפשרות למציאת כלל הנהלים החיצוניים והפנימיים הקשורים למלר"דים.

16 העמק, וולפסון, סרוקה, רמב"ם, תל השומר ובתי חולים ציבוריים נוספים.

על המשרד ובתי החולים לפעול להסדרת פרקי זמן מרביים למתן שירות לפונים למלר"ד, הן על ידי הצוות במלר"ד והן על ידי נציגי מחלקות אחרות ומכונים בבתי החולים, בדומה למה שנקבע בכללית.

על המשרד להעמיק את הבקרה במלר"דים, ולשם כך עליו לפתח רשימות תיוג הנוגעות להיבטים משמעותיים בעבודת המלר"ד ו/או לדאוג לכך שלרשימות תיוג שנבדקות כיום בבקרות רישוי יתווספו נושאי בדיקה גם במלר"דים.

על המשרד לקדם את נושא ההתמחות ברפואה דחופה: לעקוב אחר מספר המומחים והמתמחים ברפואה דחופה, כדי להגיב למחסור המסתמן בהם; לפתור את המחלוקת העקרונית לגבי איוש המלר"דים במומחים ומתמחים ברפואה דחופה ובתחומי רפואה אחרים; לעודד רופאים לפנות להתמחות ברפואה דחופה בהתאם לצורך, ולשקול חובת העסקה של מומחים ברפואה דחופה בכלל המלר"דים ובכל שעות היממה.

על המשרד, הכללית ובתי החולים לשקול העסקת הרופאים במלר"ד במבנה משמרות שמתאים יותר למחלקה שפעילה באופן קבוע, ולא לפעול בשיטה של תורנויות וכוננויות כפי שמקובל במחלקות האשפוז הרגילות.

על המשרד לפקח על הכשרת הצוות הרפואי והסיעודי במלר"ד, עליו להשלים את עבודת המטה בתחום תמהיל הרופאים במלר"ד, ועליו לעדכן את תקני כוח האדם הרפואי והסיעודי במלר"דים.

על המשרד לקיים בדיקה של המצב הקיים בענין שחרור פונים למלר"ד אל מול הדרישות המקצועיות שהוא קבע לרופאים ולבעלי הכשרה מסויימת או בעלי אישור מיוחד, ובמידה ויעלה צורך, להעלות את דרג המורשים לשחרר פונים.

לדעת משרד מבקר המדינה, משחלפו 15 שנה מפרסום חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, בו נקבעו סדרי התשלום בגין פנייה למלר"ד, על המשרד לבחון את מקרי הפטור שקבע החוק ולפעול לעדכון בהתאם לצרכים. כמו כן על המשרד לשקול ולקבוע את היקף המידע שיימסר לפונים למלר"ד בנוגע למקרי הפטור ואת הדרכים להצגתו.

על מנת לשפר את הטיפול הרפואי והשירות הניתן במלר"דים, ראוי היה שהמשרד כמיניסטרו יעסוק בניהול ידע בתחומים הנוגעים לעבודת המלר"דים בארץ ובעולם, ובמסגרת זו ירכז ידע ממקורות שונים ובכלל זה מבתי החולים בארץ, מקבילות ותלונות שהוגשו לנציבויות השונות על ידי הציבור, מאירועים חריגים וכו', ינתח את המידע שרוכז על ידו, יחליט על הצעדים הנדרשים בעקבות ריכוז וניתוח הידע, ויטמיע אותו בכלל המלר"דים בארץ.



מבוא

בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה), נקבע כי חדר מיון הוא מקום המיועד למתן טיפול רפואי דחוף, המאויש על ידי רופא אחד לפחות, ומוכר על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות (להלן - המשרד) כחדר מיון לעניין חוק זה. תקנות בריאות העם (אשפוז בבית

החולים), התשמ"א-1980, קובעות כי "לא יסרב בית חולים ציבורי לבדוק חולה בחדר מיון שבו כדי לקבוע אם החולה זקוק לטיפול רפואי או רפואי-סיעודי, לרבות אשפוז..." וכי כל מנהל בית חולים אחראי לעשות סידורים המתאימים לביצוען היעיל והתקין של תקנות אלה. חוק זכויות החולה גם קובע כי במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה, וכשהוא פונה לחדר מיון הוא זכאי לבדיקה רפואית בידי רופא.

בכלל מוסדות הבריאות בארץ יש 1,115 עמדות (מיטות) לרפואה דחופה, מהן כ-1,000 עמדות בבתי חולים כלליים (שאר העמדות הן במוסדות לבריאות הנפש ובמוסדות למחלות ממושכות).

"סקר מחלקות לרפואה דחופה בישראל"¹⁷ (להלן - סקר המלר"דים)¹⁸, שפורסם בפברואר 2008 בידי המחלקה לחקר שירותי רפואה במשרד, מצא שמספר הפניות למלר"דים בשנת 2006 היה כ-2.5 מיליון¹⁹. העלות הממוצעת של טיפול במלר"ד הוערכה בסקר ב-538 ש"ח לפנייה, ולפיכך מדובר בהוצאה לאומית של למעלה ממיליארד ש"ח על טיפול במלר"דים. על מנת שהמלר"דים יוכלו לספק לציבור שירותי רפואה דחופה ראויים, יש להקים ולתפעל אותם באופן המספק לפונים גישה וטיפול מיטביים, ולכן המליץ הסקר לאייש אותם ברופאים ובצוות המוכשרים לכך, לרענן את הידע של הרופאים והצוות ולהטמיע בהם לקחים שהופקו בהיבט מערכתי מאירועים שונים, להקצות למלר"דים ציוד מתאים ומודרני, ולקבוע ולעדכן נוהלי עבודה לתפעולם.

במלר"ד יש חשיבות מכרעת למהירות האבחון והטיפול ולמומחיות הצוות המאבחן והמטפל, ולעתים קרובות חיי אדם תלויים בכך. המלר"דים עולים לעתים תכופות לסדר היום הציבורי, בעיקר בשל טענות על תורים ארוכים, עיכוב בטיפול ויעילות נמוכה, העלולים לעלות גם בחיי אדם. לכן, על מנת שהמלר"דים יוכלו לספק לציבור שירותי רפואה דחופה ראויים, חשוב לבדוק אם המלר"דים ערוכים לטפל בפונים אליהם באופן המיטבי ובהתאם להוראות החוק.

בחודשים פברואר-נובמבר 2009 בדק משרד מבקר המדינה את הנושאים האלה: פעולות משרד הבריאות בהסדרת פעילות המלר"דים ובפיקוח עליה; פעולות המשרד, קופות החולים ובתי חולים לזיהוי הסיבות לעומס במלר"דים ולהקלתו; היבטים של תכנון מלר"דים והתאמתם לאוכלוסייה; מיומנות כוח האדם הרפואי והסיעודי במלר"דים והכשרתו; פעולות בתי החולים להבאת הסדרי התשלום במלר"דים לידיעת הציבור; אופן הנפקת מכתבי שחרור מהמלר"דים; והסדרת פעילות המלר"דים בנהלים.

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות - באגף לרפואה כללית שבמינהל הרפואה, באגף לאבטחת איכות, במינהל הסיעוד ובנציבות תלונות הציבור לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי²⁰, בנציבות שירות המדינה שבמשרד ראש הממשלה, ובארבע קופות החולים - שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) וקופת חולים לאומית (להלן - לאומית). בדיקות השלמה נעשו במועצות הלאומיות לבריאות²¹ ובמרכזים הרפואיים האלה: המרכז הרפואי הממשלתי שיבא בתל השומר (להלן - תל השומר), המרכז הרפואי סורוקה (להלן - סורוקה) והמרכז הרפואי העמק (להלן - העמק), שני האחרונים של הכללית (בשנת 2007 התקבלו בשלושת בתי החולים האלה כ-493,000 (20%) מכ-2.5 מיליון הפניות למלר"דים). מידע נוסף התקבל מבתי חולים ציבוריים.

17 אלישבע שמחן ואח', סקר מחלקות לרפואה דחופה (מלר"דים) בישראל, דו"ח ראשון (2008).
 18 מחלקה לרפואה דחופה.
 19 לפי הצעת התקציב של המשרד לשנת 2008, מספר הפניות למלר"דים בשנת 2006 היה 2,539,122.
 20 נציבות קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שבמשרד הבריאות מבררת בין השאר קובלנות של מבוטחים נגד קופות החולים.
 21 המועצות הלאומיות לבריאות - גופים מקצועיים המייצגים הנהלת המשרד בכל תחומי מערכת הבריאות.

העומס במלר"דים

בישראל, כמו בארצות רבות בעולם וגם במפותחות שבהן (כגון: ארה"ב וקנדה), המלר"ד מתאפיין בעומס יתר. עיון בקבילות שטופלו על ידי נציב קבילות הציבור במשרד הבריאות ובתגובות להן, מעיד על קיומה של בעיית עומס במלר"דים בישראל ועל תוצאותיה. כך למשל, בתשובה לקבילה ענה מנכ"ל בית החולים שערי צדק: "...אך טבעו של חדר מיון, מרווח ככל שיהיה, שלעתים הוא עמוס לעייפה... הצוות תוגבר אך העומס הכריע..."; בתשובה לקבילה אחרת ענה מנהל בית החולים הדסה עין כרם: "... העומס הגדול גרם לכך שהיו המתנות לבדיקת רופא ראשונה, לבדיקת רופא שנייה ולביצוע CT...". לסוגיית העומס במלר"דים יש התייחסות במחקרים ובפרסומים רבים במקומות שונים בעולם.²²

פעולות משרד הבריאות להקלת העומס במלר"דים

במערכת האשפוז יש 31 בתי חולים כלליים שבהם יש מלר"דים, ובהם 1,000 עמדות (מיטות) לרפואה דחופה. יש שוני משמעותי בין בתי החולים במספר העמדות לרפואה דחופה - בבית החולים "הסהר האדום"²³ יש עמדה אחת, ואילו בבית החולים שערי צדק בירושלים יש 70 עמדות.

הועלה שהמשרד אמנם אסף במשך השנים מידע הנוגע למלר"דים, אולם המידע היה חלקי וגולמי, והמשרד לא עיבד את הנתונים הגולמיים לכלל נתונים השוואתיים על העומס בחלקי הארץ השונים, וממילא לא תרגם אותם לפעולות להפחתת העומס.

כך למשל, המשרד אמנם מפרסם נתונים על תפוסת מיטות בבתי חולים לפי מחלקה, אולם אין בפרסום זה נתונים על תפוסת המיטות במלר"דים. המשרד מפרסם מדי שנה מידע על הפניות למלר"דים, שלפי הנאמר בו מיועד גם לסייע בתכנון ובמעקב אחר השירות במלר"דים. הפרסום כולל נתונים גולמיים על מספר הפניות למלר"דים במוסדות לאשפוז כללי לפי מקום המגורים של הפונים, ועל ההתפלגות של האבחנות במלר"דים, אולם כאמור, המשרד לא מנתח נתונים אלה כדי לאפיין את העומס בחלקי הארץ השונים.

בשנת 2008 פורסם סקר מלר"דים²⁴ שערכה המחלקה לחקר שירותי רפואה במשרד הבריאות, ונועד לייצר בסיס מידע קליני על פניות למלר"דים, כדי שניתן יהיה להמליץ לפיו על כלים לשיפור מערך המיון. ממצאי סקר זה לא נדונו במשרד, ולא יושמו ההמלצות שבו.

בהיעדר נתונים ובהיעדר ניתוח שלהם, המשרד גם לא דן בהבדלי העומסים בין חלקי הארץ השונים, ובין היתר לא התייחס להעדפות של אוכלוסיות כלפי מלר"ד מסוים ולא דן במענה הולם לאזורים ולמלר"דים שהעומס בהם רב יותר.

22 לדוגמה, מחקר מארה"ב עסק בגורמים לעומס יתר במלר"דים ובהשפעתו, ומצא כי העומס במלר"דים בארה"ב נובע בין היתר מהסיבות הבאות: מורכבות המצב הרפואי של הפונים, גידול במספר הפונים, שיטת ניהול הטיפול, חוסר במיטות במחלקות בית החולים, עיכוב בהספקת שירותים על ידי מחלקות אחרות בבית החולים כגון מעבדה ודימות, מחסור באחיות, ברופאים ובצוות מינהלי, דרישה מוגברת לתיעוד רפואי. ההשפעות של העומס במלר"דים בא לידי ביטוי, בין היתר, בהארכת משך הסבל והכאב של הפונים, המתנה ארוכה וחוסר שביעות רצון של הפונים, פגיעה ביעילות העבודה של הרופאים, אלימות.

23 הסהר האדום - בית חולים ליולדות בירושלים.

24 אלישבע שמחן ואח', סקר מחלקות לרפואה דחופה (מלר"דים) בישראל, דו"ח ראשון (2008).

נוכח החשיבות הרבה של תופעת העומס במלר"דים, והעיסוק הרב בה בארצות המפותחות בעולם, ראוי היה שהמשרד יעקוב אחרי העומס במלר"דים על ידי קבלת דיווחים מהמלר"דים, שינחה את בתי החולים לאסוף מידע המסייע להערכת המצב ולבדיקת הגורמים לעומס, ושהוא עצמו יחקור את הגורמים לעומס בישראל, את השפעתו ואת הדרכים להקלתו. אולם כאמור, הדבר נעשה רק באופן חלקי.

זאת ועוד, המשרד לא קבע תקן לעומס בעמדת מלר"ד, שחריגה ממנו תצריך הוספת עמדות. היעדר תקן מכאן והיעדר נתונים בתחום זה מכאן, מקשים על המשרד לקבוע הנחיות להסדרת תחום המלר"דים.

השפעת העומס על אלימות כלפי צוות המלר"דים

1. מחקר בנושא אלימות כלפי צוותים רפואיים ואחרים בחדרי מיון בבתי חולים בישראל²⁵ (להלן - מחקר של פרופ' לנדאו) מצביע על כך שמספר מקרי האלימות עומד ביחס ישר לעומס במלר"ד. לפי דוח נוסף שהגיש מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנובמבר 2007 לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת (להלן - הדוח), מספר מעשי האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות הולך וגדל, וכ-30% מאירועי האלימות מתרחשים במלר"דים. לפי מחקר שפורסם בשנת 2004, 75% מצוותי המלר"דים חוו אלימות בשנה שקדמה למחקר, וברוב המקרים האלה (87%) האלימות כוונה אליהם ישירות. מסקנות המחקר היו כי "התמודדות עם בעיית האלימות צריכה לכלול היבטים פיזיים-מצביים (כגון תכנון סביבתי נאות, חומר הסברה לפונים, לחצני מצוקה, זמינות שוטר וכו'), קיום השתלמויות והעלאת המודעות בנושא ההתמודדות עם אלימות, וכן נהלים שיקרינו מדיניות של אפס סובלנות כלפי אלימות - הקפדה על נוהלי דיווח, וכן טיפול יעיל ומהיר במקרי אלימות, כמו גם תרגול ורענון שוטף של הנהלים לטיפול במקרים כאלה, דבר שיאפשר לצוות התמודדות טובה יותר עם אירועי אלימות"²⁶.

בדוח נסקרו הפעולות שנקט משרד הבריאות בניסיון לפתור את בעיית האלימות. על פי הדוח, ביולי 1999 מינה שר הבריאות דאז, מר שלמה בניזרי, ועדה לבחינת סוגיית האלימות במוסדות הבריאות ולמציאת דרכי התמודדות עימה, ובעקבותיה פרסם המשרד בשנת 2000 ובשנת 2004 חוזרי מנכ"ל²⁷ ובהם ההנחיות האלה: יוקם מערך דיווח ומסד נתונים; שוטרים יאבטחו בבתי חולים; הצוות יעבור חינוך והשתלמויות בנושא; הצוות יקבל הסברה ומידע על הקשר עם הפונים; יקוים שיתוף פעולה עם משטרת ישראל. כן ניתנה הנחיה ליישם הוראות חוזר מינהל רפואה משנת 1998, שעסק בטיפול באלימות במחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים, והנחה לכתוב בכל בית חולים נוהל מפורט בנושא, להתקין אמצעים טכניים לשליטה ובקרה, לערוך השתלמויות לצוות המלר"ד ולתרגל את הנוהל בכל חצי שנה (להלן - הנוהל מ-1998).

25 שמחה פ' לנדאו, אלימות נגד צוותים רפואיים ואחרים בחדרי מיון בבתי חולים בישראל, האוניברסיטה העברית בירושלים, המכון לקרימינולוגיה, הפקולטה למשפטים, דצמבר 2004.
 26 בעניין זה ראו גם עמ' 39 בדוח זה בנושא "הטיפול באלימות כלפי עובדי ציבור".
 27 חוזרים בנושא "היערכות להתמודדות מול מקרי אלימות במערכת הבריאות", ומספריהם 1/2000 מ-4.1.00, ו-17/04 מ-17.12.04.

הועלה כי המשרד לא פרסם את הנוהל מ-1998 באתר האינטרנט שלו²⁸. היעדר הפרסום פוגע ביכולת המלר"דים לאתר את הנוהל ולפעול על פיו. עוד הועלה כי המשרד לא בדק את יישום הנהלים בנושא ההתמודדות עם האלימות במערכת הבריאות.

2. בדוח צוין כי גורמים שונים (יו"ר שירותי בריאות כללית, הר"י²⁹ ומנהל המרכז הרפואי אסף הרופא) העלו טענות כלפי הנחיות המשרד, ועיקרן: חוסר היעילות של הנוהל למניעת אלימות, בין היתר מכיוון שלמאבטחים אין סמכות לאכוף סדר במלר"ד; היעדר תקציב להצבת שוטרים בעלי סמכות לאכיפה ולמעצר במלר"דים. אותם גורמים ציינו כי נוכחותו של שוטר בכניסה למלר"ד היא דבר מרתיע, ועשויה לסייע מאוד בהתמודדות עם התופעה. גם במחקרו של פרופ' לנדאו נכתב כי הימצאותם של שוטרים או נקודת משטרה ליד המלר"ד או בסביבתו תורמת לתחושת הביטחון של אנשי הצוות ולהתמודדות עם האלימות. לפי הדוח, ההמלצה להציב שוטר בתפקיד מיוחד בבתי החולים לא יושמה בשל היעדר תקציב ייעודי לנושא.

מנהלי מלר"דים (מבתי החולים וולפסון, העמק, איכילוב, תל השומר וסורוקה) הציגו בפני נציגי משרד מבקר המדינה את הבעיה של חוסר הסמכות של המאבטחים לטפל במקרי אלימות. מנהל המלר"ד בבית החולים וולפסון ציין כי במקרים של אלימות במלר"ד הוא צריך להסתמך על מערכת יחסים טובה שיש לו עם משטרת ישראל כדי שפניותיו ייענו במהירות.

הכללית בתשובתה מינואר 2010 ציינה כי בתחילת שנת 2010 נפתחה במלר"ד בסורוקה עמדת משטרה המאוישת בידי שני שוטרים.

בית החולים לגליל המערבי, נהריה, צירף לתגובתו מנובמבר 2009, מכתב ששלח מנהל בית החולים למנכ"ל משרד הבריאות במרס 2009 בעקבות סדרה של מקרי תקיפה של צוות בבית החולים, ובו ציין כי "אין לבית החולים את האפשרות לקלוט שוטר מחוסר תקנים ותקציב, ולמאבטחי בית החולים אין את הסמכות לעצור ו/או 'לגעת' בתוקפים".

ראוי היה שהמשרד ייזום דיון עם המשרד לביטחון הפנים בנושא סמכויות המאבטחים במלר"דים לטיפול במקרי אלימות, במגמה לתת מענה למקרים אלה - אם דרך הצבת שוטר בבית החולים ו/או במלר"ד ואם דרך מתן סמכויות מתאימות למאבטחים, אולם לא נמצא כי הדבר נעשה.

בתגובת היועצת המשפטית של המשרד מנובמבר 2009, צוין כי "רק במקרה בו האלימות המילולית כוללת איום מוחשי לפגיעה פיזית מיידית בזולת, יתכן שיש למאבטח סמכות התערבות". לדעת משרד מבקר המדינה, תשובה זו מחזקת את המסקנה שיש חוסר בהירות בנושא.

28 עוד על פרסום הנהלים באתר האינטרנט של המשרד ראו בפרק "ריכוז הנחיות וחוזרי המשרד הנוגעים למלר"דים".

29 ההסתדרות הרפואית בישראל.

חלופות למלר"ד בטיפול רפואי זמין בקהילה

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), נקבע כי קופות החולים חייבות לספק שירותי בריאות לאוכלוסייה, וחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קבע, כאמור, כי בכל מקרה של פנייה למלר"ד הפונה זכאי לבדיקה רפואית בידי רופא.

ממצאי סקר המלר"דים הצביעו על כך שכמו בכל העולם, גם בישראל קיימת תופעה של שימוש במלר"דים לצורך רפואה ראשונית. הפנייה למלר"ד עשויה להיות כרוכה בכפל עלויות, בהגברת הציפיות, בדרישה להוספת תקני כוח אדם רפואי וסיעודי, בתוספת שטחים פיזיים וציוד, בפגיעה ביכולת הצוות לתת טיפול מיטבי לפונים הזקוקים לטיפול רפואי דחוף, ובטיפול רפואי על ידי מתמחים ולא על ידי מומחים ברוב שעות היממה. פנייה למלר"ד גם חושפת את הפונה ומלוויו לזיהומים ומגדילה את סיכויי הפונה לעבור בדיקות מיותרות שיש בהן סיכון. סקר המלר"דים נעשה בכמחצית מבתי החולים הכלליים בארץ, והתמקד בשלוש אוכלוסיות נבחרות שהן צרכניות כבדות של המלר"דים בישראל: קשישים בני 75 ומעלה, פעוטות בני 1-4 שנים וחיילים. בסקר המלר"דים נמצא שבשלוש האוכלוסיות נמצאו פניות רבות למלר"ד שהיו יכולות להיות מטופלות בקהילה, ושיעורן בקרב חיילים היה למעלה מ-50%, בקרב הילדים כ-33%, ובקרב הקשישים כ-30%.

בסקר נכללו כמה המלצות וסיכומים, ובהם: "לבחון האם כדאי להתערב ברמת הקהילה על מנת למנוע את כפל השימוש בשירותי הבריאות או להשלים עם כפל זה ולמצוא דרכים לטפל במסלול נפרד בחולים קלים"; "הפניות המרובות בשל מצבים קלים יחסית של חיילים למלר"ד מרמזות על חסר מערכתי בטיפול בתחלואת חיילים"; "השונות הגדולה בין בתי החולים בשיעורי האשפוז בקשישים שלפנייתם יש חלופה טיפולית בקהילה, מראה על מדיניות המקלה על אשפוז קשישים בדומה למדווח בספרות"; "חדרי המיון הם אתר ראוי לבדיקת מדדי איכות בבתי החולים...כדאי להורות על שיפור הדיווחים מהמלר"דים ולבחון את הדיווחים באמצעות בדיקות מדגמיות מתיקי החולים, על מנת לבחון מגמות לאורך זמן ושיפור ביצועים לאחר התערבויות מתאימות."

כאמור, הועלה כי משרד הבריאות לא דן בממצאי הסקר ובהמלצותיו. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לקיים דיון על ממצאי הסקר ולקבל החלטות בהתאם.

מהנהלת קופת חולים כללית, שמרבית הקשישים במדינת ישראל מבוטחים אצלה, נמסר בתשובתה מדצמבר 2009, כי הסקר וממצאיו נדונו בהנהלה מורחבת של הכללית והתקבלו החלטות אופרטיביות שבמסגרתן מתכננת הכללית להקים בשנים הקרובות מר"מים (מוקדים רפואיים - ראו להלן). כמו כן הוחלט לקיים ב-2010 הדרכות לצוותים הרפואיים במסגרת השתלמויות אזוריות.

בתשובת צה"ל מנובמבר 2009 נמסר, כי מתוך הכרה בצורך לשפר את השירות הרפואי ולהקטין את מספר הפניות למלר"ד, החל בשנת 2005 מהלך מדורג של סגירת המרפאות האזוריות שהפעיל צה"ל, ונעשתה התקשרות עם חברה פרטית שמפעילה מוקדים לרפואה דחופה, לצורך מתן מענה לחיילים. במקביל יזם חיל הרפואה כמה צעדים נוספים לצמצום פניית חיילים למלר"ד, ובהם הקשחת נוהלי האישור-בדיעבד של פנייה ישירה של חיילים למלר"דים, והצבת רף עליון לשיעור ההפניות למלר"דים בהסכם עם החברה שמפעילה את המוקדים. צה"ל מסר שצעדים אלה הביאו לירידה של 85% בשיעור ההפניות למלר"דים וירידה של 29% בפניות הישירות למלר"דים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד וקופות החולים לשאוף לעידוד פניות לחלופות בקהילה כאשר הדבר אפשרי, ומן הראוי לפעול בעניין זה בהקדם ובמיוחד לאור ממצאי הסקר.

מוקדים לרפואה דחופה בקהילה

אחת הדרכים להקלת העומס במלר"דים היא מניעת פניות מיותרות לקבלת שירותי רפואה ראשונית במלר"ד, על ידי קיום של מוקדים לרפואה דחופה בקהילה (להלן - מוקדים רפואיים). מוקדים כאלה יכולים להיות מופעלים על ידי קופות החולים או בידי יזם פרטי שיהיו לו הסכמים עם קופות החולים. דרך נוספת, שמפעילה קופת חולים לאומית למשל, היא על ידי מענה טלפוני של רופאים מומחים שיש להם גישה לתיקים הרפואיים של המבוטחים בקופה, ומייצעים לפונים בזמן אמיתי כיצד עליהם לפעול ואם עליהם לפנות למלר"ד.

1. משיחות עם מנהלי מלר"דים ובעלי תפקידים במוקדים עלה כי קיימות דעות שונות לגבי נחיצותם של המוקדים. ישנם מנהלי מלר"דים, כגון בסורוקה (הכללית מסרה שעמדה זו לא מייצגת את עמדתה בנושא אף על פי שמדובר בבית חולים שלה), ומנהלי בתי חולים, הרואים במוקדים הרפואיים דבר מיותר שיוצר כפילות ואף מהווה סכנה לחולים שצריכים להגיע בדחיפות למלר"ד. לעומת זאת, מנהלי מלר"דים אחרים ציינו את נחיצותם של המוקדים ואת התרומה שלהם להקלת העומס במלר"דים. לדוגמה נמצא כי בירושלים ובסביבתה פועלת רשת מרכזים לרפואה דחופה, שלמוקדים שלה היו בשנת 2008 כ-200,000 פניות, ואכן שיעור הפניות (לנפש) למלר"דים בבתי חולים בירושלים נמוך במידה ניכרת מזה שבערים אחרות בישראל. יצוין כי לכל קופות החולים הסכמים עם רשת זו.

בדוח 49 של מבקר המדינה³⁰ צוין כי בעקבות הביקורת מינה המשנה למנכ"ל המשרד במרס 1998 ועדה שתגבש המלצות בנושא השירות הרפואי בקהילה בשעות הערב והלילה. ביוני 1998 סוכמו המלצות הוועדה והוגשו למועצה הלאומית לבריאות הקהילה, ואחת ההמלצות העיקריות נגעה בצורך לפרוס מוקדים רפואיים בהתחשב במרחקים מחדרי המיון ובגודל האוכלוסייה. גם בדוח 56 ב³¹ נאמר כי קיימת אי-בהירות לגבי חובתן של הקופות לתת מענה לרפואה דחופה בשעות שבהן המרפאות אינן פעילות. נוכח זאת, ונוכח הפוטנציאל הגלום במוקדים הרפואיים להקל את העומס במלר"דים ולתת מענה לשירותי רפואה דחופה בשעות שמרפאות קופות החולים אינן פועלות בהן, ונוכח היותם של המוקדים הרפואיים ספקי שירות רפואי שבתחום אחריות המשרד, היה על המשרד לקיים עבודת מטה לקביעת הדרישות המזעריות ממוקדים רפואיים, בין היתר בתחום הכשרת הצוות הרפואי, התנאים הפיזיים, המכשור והנגישות. על המשרד גם היה לקיים בקרה על מוקדים כאלה.

2. המועצה הלאומית לבריאות הקהילה היא אחת מהמועצות הלאומיות לבריאות שהן גופים מקצועיים, רב-מערכתיים, היועצים להנהלת המשרד בתחומי הרפואה השונים בנוגע לקבוצות אוכלוסייה שונות, ברובדי המניעה, האבחון והטיפול ובהיבטים התיאורטיים, הארגוניים, הרפואיים והלוגיסטיים הקשורים במערכת הבריאות. המלצות המועצות מובאות לקובעי המדיניות במשרד הבריאות ומתורגמות למדיניות והחלטות ארגוניות ומקצועיות של המשרד.

בביקורת הנוכחית הועלה שהמועצה הלאומית לבריאות הקהילה ממשיכה לדון ולבחון את הנושא, אך המשרד טרם קיבל החלטות מעשיות בנושא.

3. זאת ועוד, קופות החולים רוכשות מבתי החולים הכלליים שירותים שונים, כגון פניות למלר"דים במקרים דחופים, פניות לניתוחים שונים וכן שירותים אמבולטוריים³². הקופות ובתי החולים מתקשרים ביניהם לעתים בהסכמים גלובליים, ונקבע בהם היקף רכש מזערי שהקופה

30 מבקר המדינה, דוח שנתי 49 (1999), "מוקדים רפואיים של קופות החולים".

31 מבקר המדינה, דוח שנתי 256 (2006), "סוגיות בתחום הרפואה הראשונית בקהילה".

32 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים, לדוגמה - בדיקת CT, בדיקת רופא מומחה, בדיקת דם.

מתחייבת לרכוש מבית החולים. מעבר להיקף זה יורד או מתבטל לחלוטין התשלום של הקופה לבית החולים עבור השירות. עלויות הפניות למלר"ד כלולות בהסכמים.

חשב משרד הבריאות המליץ בעניין זה באוקטובר 2009, במסגרת הניתוח הפיננסי לשנת 2008,³³ כי יש לבחון את מנגנון הקפינג³⁴ וההסכמים הגלובליים בין המרכזים הרפואיים לקופות החולים וכי פעילות המלר"דים לא תיכלל במנגנון הקפינג. לדבריו בשיטה זו יימנע מקופות החולים לקבל שירותים במחירים נמוכים משמעותית ממחירי המחירון, בעקבות הצפת המרכזים הרפואיים בחולים הפונים למלר"ד.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי המשרד יקיים עבודת מטה שתבחן את השפעת ההסכמים הנהוגים כיום בין קופות החולים לבין בתי החולים על הקמה והתקשרות של קופות החולים עם מוקדים רפואיים ומתוך כך גם על העומס במלר"דים.

4. עוד הועלה שבהיעדר הסדרה מטעם המשרד לא מוגדר תפקידם של המוקדים, וכל אחד מהם מגדיר אותו אחרת. יש מוקדים שרואים את תפקידם כספקי שירותי רפואה כלליים כאשר המרפאות הקהילתיות סגורות, ויש שרואים את תפקידם כמרכזים לרפואה דחופה בקהילה. הדבר עלול לבלבל את הפונים למוקדים.

ראוי שהמשרד יבחן את הצורך להסדיר למוקדים הגדרות ברורות, ואם יוחלט על סוגים שונים של מוקדים, יש לאפיין את הדרישות מכל אחד מהסוגים.

5. כדי להבטיח שפנייה למוקד לא תסכן פונים בשל עיכוב שייגרם להם בפנייה למלר"ד, חשוב להגדיר למוקדים אמות מידה לדרישות המזעריות בתחום הפיזי (שטח, גישה לנכים, מיקום וציוד), בתחום הצוות הרפואי (כמות כוח האדם והכשרתו), ועוד. דוח שנתי 49 של מבקר המדינה³⁵ עסק במוקדים רפואיים של קופות החולים, ומבקר המדינה העיר בדוח על כך שבהמשך להנחיות המשנה למנכ"ל המשרד בנושא המוקדים, לא הוציא המשרד בנושא זה נוהל מפורט או הנחיות מפורטות, בין היתר בדבר סוגי השירותים שיינתנו במוקדים הרפואיים, שעות הפעילות בהם, וסוגי הציוד והמכשור שעליהם להחזיק. באותו דוח גם המליץ מבקר המדינה לקבוע את שיטת הרישוי של המוקדים הרפואיים המופעלים בידי חברות פרטיות ואת הפיקוח עליהן.

הועלה כי למרות זאת לא הגדיר המשרד אמות מידה לפעולת המוקדים הרפואיים, הן בתחום הפיזי והן בתחום הצוות הרפואי, ואין בישראל הליך רישוי למוקדים שיבטיח עמידה באמות המידה האלה.

כבר בדוח 49 של מבקר המדינה הועלה שמשרד הבריאות לא מחייב רישום ורישוי מטעמו למי שפותח מוקדים רפואיים. בתשובתו מנובמבר 1998 הודיע המשרד כי חובת רישוי של מרפאות, ובכלל זה חובת רישוי "מרפאות לרפואה דחופה" נבחנת בוועדה מיוחדת שמינה המשנה למנכ"ל. יצוין כי גם ועדה אחרת שמינה המשרד לגיבוש המלצות בנושא השירות הרפואי לאחר שעות הפעילות, המליצה ביוני 1998 כי "מוקדים רפואיים יידרשו לרישוי ולרישוי מחדש".

33 ניתוח פיננסי 2008, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות, חשבות משרד הבריאות, פורסם באוקטובר 2009.

34 שיטת התחשבות בין קופות החולים למרכזים הרפואיים, המוסדרת מבחינה משפטית בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002. החוק קבע תקרת צריכה ("קפינג") לכל קופת חולים בכל מרכז רפואי. אחת לשלוש שנים נעשה ערכון של המנגנון. תקרת הצריכה מהווה נקודת התייחסות לאמור בהסכם הגלובלי.

35 ראו הערת שוליים 30 לעיל.

בביקורת הנוכחית הועלה שמוקדים רפואיים עדיין לא נדרשים לרישוי מטעם המשרד בדומה לרישוי שהיבבים לקבל בתי חולים ומרפאות כירורגיות פרטיות.

בביקורת עלה כי בינואר 2008 קיימה המועצה הלאומית לבריאות הקהילה דיון בנושא המוקדים הרפואיים בקהילה, ובסופו החליטה על הקמת ועדה לבחינת הנושא לעומק, ועליה יוטל להגיש בתוך תקופה קצרה את המלצותיה למועצה, על מנת לקיים דיון חוזר ולהגיש המלצות להנהלת המשרד, אולם עד מועד סיום הביקורת לא הוקמה הוועדה. עוד הועלה כי המועצה הלאומית ללוגיסטיקה ברפואה החליטה למנות ועדה שתבדוק את הנושא לעומק, אולם גם עבודתה של זו טרם הסתיימה.

סקר המלר"דים נוגע לפעילותן של שתי מועצות לאומיות - המועצה לטראומה והמועצה לבריאות הקהילה - ולכן ראוי היה שמועצות אלה ידונו בממצאי סקר המלר"דים ובהמלצותיו, ויביאו לפני הנהלת המשרד הצעות באשר לדרכים ליישום המלצות סקר המלר"דים. אולם מלבד הצגת הסקר בנובמבר 2008 (לפני סיומו ולפני פרסומו) לפני המועצה הלאומית לבריאות הקהילה, לא נעשה דבר. ראוי שיושבי ראש המועצות האלה יביאו לדיון במועצות הלאומיות שבראשן הם מכהנים את בעיית העומס במלר"דים ויגבשו דרכים להתמודד איתו, בין היתר בהתבסס על המלצות סקר המלר"דים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד יבחן האם יש צורך בהקמתה של מועצה לאומית ייחודית לנושא הרפואה הדחופה או יגביר התיאום בין פעולות המועצות, כך שנושא זה יידון במועצה הלאומית המתאימה.

המשרד ציין בתשובתו מדצמבר 2009, כי בקרוב תוצג לסגן שר הבריאות עבודה אשר תגדיר מוקדים רפואיים בישובי הפריפריה ומודל הפעלה שלהם, כולל הדרישות לכישורי הרופאים במוקד ולציוד הרפואי הנדרש. המשרד הוסיף כי הוא הטיל את האחריות לבקרה מקצועית במוקדים על קופות החולים, שאותן הם משרתים.

המשרד מבצע פיקוח שוטף על פעילויות שונות של הקופות, כולל על ההתקשרויות עם ספקי חוץ ומכונים. לכן, לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד להכליל במסגרת בקרות אלה גם את נושא הפיקוח של הקופות על המוקדים הרפואיים.

פעולות בתי החולים לזיהוי העומס במלר"דים ולהקלתו

משרד מבקר המדינה בדק את פעולותיהם של כמה בתי חולים באיסוף ובניתוח מידע על העומס, בקביעת דרכי פעולה להקלת העומס וביישומן בפועל.

1. **בית החולים סורוקה:** הנהלת הכללית הזמינה מחברה חיצונית פרויקט אבחון תפעולי עבור מלר"ד סורוקה, שבוצע בחודשים אפריל-ספטמבר 2008, ומטרותיו היו בין היתר לאסוף מידע על כמה מדדים הנוגעים לעבודת המלר"ד כדי להכניס בה כמה שיפורים, ובהם: שיפור תהליכי העבודה במלר"ד; שיפור שביעות רצון הפונים מחווית הטיפול במלר"ד; הפחתת העומס וקיצור משך המתנת הפונים; שיפור מערך השליטה והבקרה על מקומם הפיזי של הפונים במשך תהליך הטיפול בהם. לשם כך נמדדו הנתונים האלה: משך המתנה לרופא; משך המתנה לרופא יועץ; משך המתנה לשינוע; משך המתנה לאשפוז; משך המתנה לבדיקות הדמיה ולבדיקות מעבדה. הנתונים שנמדדו מופו לפי חתכים שונים, כגון: משמרות (בוקר, ערב ולילה); סוג המלר"ד (פנימי, כירורגי, אורתופדי וקהל"ים)³⁶ וכוח האדם (רופאים, סיעוד ומזכירות קבלה). בדצמבר 2008

36 מלר"ד מהלכים - אגף או חדרים במלר"ד שמאוישים על ידי אחות ורופא, ומיועדים לפונים שמסוגלים לנוע בעצמם ואינם זקוקים למיטה והשגחה.

2008 הגישה החברה לסורוקה ולהנהלת הכללית דוח, ובו ממצאים והמלצות, בין היתר בנושאי ארגון, ניהול ואיוש משמרות הרופאים, המבנה הפיסי של עמדת קבלת הפונים, צמצום זמני ההמתנה והעומס, המעבדות ומכוני הרנטגן העומדים לשירות המלר"ד.

הועלה כי הנהלת בית החולים חלקה על כמה מדרכי איסוף הנתונים לדוח ועל כמה מממצאיו, ודרשה מעורבותו ותיקונים והבהרות. בסופו של דבר לא הביאה הנהלת בית החולים לסיום הטיפול בדוח ולא הופק דוח סופי.

להלן דוגמאות לליקויים שנמצאו בדוח ולא תוקנו במלואם :

(א) תפיסת הפעולה כללית : בדוח נמצא כי משך ההמתנה לבדיקת רופא גדל בשיעור של 33% ממשמרת בוקר ללילה, בין היתר משום שמשכי המשמרות לא מאוזנים - משך משמרת הרופאים בבוקר הוא שמונה שעות, ומשמרת הערב מאוחדת עם משמרת הלילה ונמשכת 16 שעות, דבר שמקשה על תפקוד הרופא במשמרת הממושכת ויוצר אילוצי שיבוץ. ההמלצות בתחום זה כללו בין השאר: ניהול מרכזי של השיבוץ למשמרות תוך התייחסות לכשירות, ותק וסמכות חתימה לשחרור; יצירת רצף ניהולי במלר"ד וקביעה חד-משמעית שהרופא מספר אחת הוא איש המלר"ד. סורוקה יישם חלק מההמלצות ושיבץ רופא בכיר מצוות המלר"ד עד חצות.

(ב) שימוש במשאב האנושי : הדוח מצא שהשימוש בכוח האדם במלר"ד אינו מיטבי, וקורה שבעל תפקיד בכיר עוסק בפעולות פשוטות כגון לקיחת דמים, גיבוס ופקידות. ההמלצות כללו הוספת פקידה במלר"ד כירורגי, ופניו הרופאים מהפעולות הפשוטות, למשל על ידי הכנה מראש של מכתבי שחרור למקרים שכיחים. סורוקה הוסיף פקידה לעבודה במלר"ד הכירורגי ועובדים ללקיחת דמים.

(ג) שליטה, בקרה ושקיפות : הדוח העיר כי אין מערכת מחשב המאפשרת לאתר את מקום הפונה בבית החולים ובשלב תהליך הטיפול. מסורוקה נמסר שההמלצה להצמיד צמיד מעקב ממוחשב לפונים נבחנה, והוחלט לא לאמץ אותה בגלל עלות היישום. אולם לא נמצא פתרון אחר ולו גם חלקי לבעיה.

(ד) משך השהות במלר"ד : הדוח מצא שקיים פער בין נתוני המחשב ובין נתוני האמת על שהות החולים במלר"ד, וזאת בשל עיכוב בהזנת נתוני השחרור למחשב, מכיוון שאיסוף התיקים להקלדת השחרור נעשה רק בכל חצי שעה, ונהוג לרשום את זמן ההקלדה כזמן השחרור. עיכוב הנובע מהשהיית הפונה הנכפית על המלר"ד על ידי מחלקות אשפוז שמתמהמהות בקבלת מטופלים נרשם אף הוא לחובת המלר"ד. ההמלצות כללו בין השאר הנחיית הרופאים לרשום את שעת השחרור על גבי התיק והנחיית הפקידות להקליד שעה זו כזמן השחרור. הנהלת בית החולים סורוקה מסרה בתגובתה לטיוטת הדוח, שנעשת בקרה רציפה על תיעוד נכון של שעות שחרור ורישום זמנים במהלך השהות במלר"ד.

מן הראוי שהנהלת סורוקה והנהלת הכללית יפעלו לתיקון שאר הליקויים שהועלו בדוח של החברה.

יחד עם זאת, נושאים שנבדקו בדוח עמדו על סדר יומה של הנהלת בית החולים והיא תיקנה ליקויים רבים שהועלו בו. להלן כמה ליקויים שנמצאו בדוח ותוקנו :

(א) תפיסת הפעולה של מלר"ד מהלכים : בדוח נאמר כי מלר"ד מהלכים מקל על העומס במלר"ד הכללי, אך הוא נפתח בשעות אחה"צ בלבד ועוד קודם לכן מופנים אליו פונים וממתינים לפתיחתו. הנהלת בית החולים סורוקה מסרה שעל פי החלטה של מנהל המלר"ד, בחודשים האחרונים נפתח מלר"ד מהלכים גם בשעות הצהריים המוקדמות.

(ב) שליטה, בקרה ושקיפות: הדוח ציין כי אין התראה אוטומטית על כניסת תוצאות בדיקות מעבדה למחשב, ורופאי המלר"ד נאלצים לבדוק שוב ושוב במערכת המידע אם התוצאות הגיעו. סורוקה הכניס לשימוש מערכת מידע ממוחשבת המציגה בזמן אמת תוצאות בדיקות מעבדה ודימות.

2. בית החולים העמק: בהעמק יש מקרים רבים של השהיית חולים במלר"ד, והדבר מגביר את העומס על המלר"ד ועל הצוות, ומכאן החשיבות שהעמק יאסוף וינתח נתונים הנוגעים לעומס, כגון משכי המתנה והיקף תופעת ההשהיה, ובכלל זה כמה חולים מושהים ולמשך כמה זמן, באילו משמרות, ובאילו עונות.

הועלה שבבית חולים העמק לא נעשה אבחון תפעולי בדומה לזה שנעשה בבית החולים סורוקה, על אף ששני בתי חולים אלה שייכים לכללית, ולא גובשו המלצות להקלה על העומס. יתרה מכך, העמק גם לא אוסף ומנתח נתונים המאפיינים רק אותו, ובכלל זה נתונים על המושהים, משכי הזמן, והסיבות לעיכוב בהעברת חולים מהמלר"ד למחלקות האשפוז, כגון החלפת משמרות וחוסר במיטות במחלקות האשפוז.

הכללית מסרה בתשובתה מדצמבר 2009 כי בבית חולים העמק מתנהל תהליך של איסוף נתונים על תפוסת מחלקות והשהיית מטופלים. כמו כן נמסר שחטיבת בתי החולים של הכללית תוביל מהלך של ייעוץ ארגוני במלר"ד של בית החולים העמק במהלך שנת 2010.

3. בית החולים תל השומר: הועלה כי מערכת המחשב בתל השומר כוללת נתונים שמאפשרים ניתוח תופעת העומס. נמצא שבעקבות ניתוח כזה שנעשה בעבר, שונו זמני העבודה של משמרות האחיות, כך שהן אינן תואמות את המשמרות הרגילות של אחיות בבית החולים (משמרות קבועות של 8 שעות), אלא את שעות העומס במלר"ד.



המשרד לא פעל באופן מלא בתחום הקלת העומס במלר"דים: המשרד אמנם אסף נתונים גולמיים על פניות למלר"דים לפי אזורי מגורי הפונים ומידע על מספר העמדות לרפואה דחופה בבתי החולים השונים, אולם הוא לא ניתח נתונים אלה כדי לבחון באילו מהמלר"דים יש עומס. המשרד לא הגדיר כיצד יש לבדוק קיומו של עומס במלר"דים, ובכלל זה לא קיים עבודת מטה כדי לקבוע מדד לעומס. המשרד גם לא למד ולא הפנים שיטות מחקר שפותחו בחו"ל בתחום זה. המשרד גם לא הנחה את בתי החולים לאסוף ולנתח מדדים שיכולים להצביע על העומס בהם, ובכלל זה מעקב ממוחשב בזמן אמיתי, שנדרש כדי לאפיין את העומס במלר"דים. גם בתי החולים מיעטו לעסוק בנושא העומס: בסורוקה אספו ועיבדו מידע באופן שיטתי המאפשר לנתח את מקור הבעיה, גיבשו המלצות להתמודדות עם הנושא ואף יישמו את רובן; לעומת זאת, בהעמק, אף על פי שגם הוא שייך לכללית, לא נעשו איסוף, ניתוח מדדים ומתן המלצות. לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שבתי החולים יבצעו מדי תקופה תהליך של איסוף וניתוח מידע על העומס במלר"ד ויפעלו להקלה על העומס, הן על ידי טיפול בגורמים לעומס והן על ידי טיפול בתופעות שנגרמות מהעומס, למשל על ידי הוספת כוח אדם בשעות העומס כפי שנעשה בתל השומר.

השימוש במלר"דים לצורך רפואה ראשונית הוא סיבה אחת לעומס. המשרד עשה סקר בנושא. אולם גם כאשר מחקר שהמשרד עצמו הזמין הצביע על האפשרות הקלה יחסית לביצוע, להקטין עומסים על ידי צמצום מספר הפניות שיש להן חלופה בקהילה, המשרד לא דן בתוצאות הסקר.

אחת מהדרכים להקלת העומס במלר"דים ולמניעת פניות מיותרות לקבלת שירותי רפואה ראשוניים במלר"ד היא באמצעות מוקדים לרפואה דחופה בקהילה. אולם המשרד לא הסדיר את עבודת המוקדים ואף לא קבע להם חובת רישוי. המשרד גם לא בחן שיטות פעולה שנוקטים המוקדים, אף ששימוש בשיטות אלה עשוי לייעל את עבודת המלר"דים. על המשרד לבחון דרכים להפחתת העומס במלר"דים, ובכלל זה לבחון את המלצות הסקר שנעשה בנושא.

מחקר מצביע על כך שמספר מקרי האלימות עומד ביחס ישר לעומס במלר"ד. מנהלי מלר"דים הציגו לנציגי משרד מבקר המדינה את הבעיה של חוסר הסמכות של המאבטחים לטפל במקרי אלימות. ראוי היה שהמשרד יזום דיון עם המשרד לבטחון פנים בנושא סמכויות המאבטחים, אולם הדבר לא נעשה.

כוח אדם רפואי במלר"ד - תקינה והכשרה

כוח האדם הרפואי והסיעודי מבחינת כמותו ורמת הכשרתו הם מרכיב מרכזי בתפעול מערכת הבריאות בכלל והמלר"ד בפרט, ועליו לספק מענה לפונים אליו. מכאן החשיבות שהמשרד ינחה את בתי החולים בנוגע להכשרות שעל עובדי המלר"ד לעבור, וגם חשוב שהמשרד יקיים בקרה על יישום הנחיותיו.

הנחיות המשרד ונציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם) בתחום התקינה צריכות לחול על בתי החולים שעובדי המלר"ד שלהם הם עובדי מדינה, אולם מאחר שעל פי החוק כל המלר"דים, ובכלל זה אלה המופעלים בידי בתי חולים ציבוריים ופרטיים, חייבים לתת מענה לכל פונה, הרי שעל המשרד לשקול מתן הנחיות לתקנים מזעריים גם לבתי חולים אלה, אף שהמשרד הוא לא הבעלים של בתי החולים האלה ועובדיהם אינם כפופים לנש"ם.

משיחות עם מנהלי מלר"דים וממחקר שנעשה על כוח האדם במלר"דים בישראל³⁷ (להלן - המחקר על כוח האדם במלר"דים) עולה כי עיקר העבודה במלר"דים נעשית בידי אחיות המלר"ד והרופאים התורנים, שהם ברובם מתמחים שאינם מומחים, ולעתים הם "תורני חוץ" שאף אינם משמשים רופאים באותו בית החולים, ולפיכך ספק אם הם עובדים לפי הסטנדרטים של בית החולים. המשרד קבע³⁸ כי רופאים שאינם מומחים יכולים לשחרר פונים מהמלר"ד רק באישור מיוחד של ראש מינהל רפואה ולאחר המלצת מנהל המחלקה בה הם מתמחים, מנהל המלר"ד ומנהל בית החולים או ממלא

37 ראו:

Michael J. Drescher, Limor Aharonson-Daniel, Bella Savitsky, Joseph Leibman, Kobi Peleg, "A Study of the Workforce in Emergency Medicine in Israel: 2003", *The Journal of Emergency Medicine*, 33, (2007), 433-437

38 חוזר שירותי אשפוז 25/93 ממרס 1993.

מקומו. הדבר מצביע על חשיבות הפיקוח והבקרה של הצוות הבכיר בבית החולים על הרופא שעובד במלר"ד ומשחרר ממנו פונים. בכל הנוגע לתורני חוץ, פיקוח ובקרה אינם אפשריים, שכן נוכחותם של חלק מהרופאים האלה מועטה ביותר, ויכולתו של מנהל המלר"ד להיפגש עמם ולקיים איתם דיון מקצועי מוגבלת.

גם בדוח שנתי 2006³⁹ של מבקר המדינה נדון השימוש בתורני חוץ וצוין החיסרון הנובע מכך שאינם מתמחים במחלקות ואינם שותפים לפעילות הרפואית בהן. יצוין כי חלק מתורני החוץ אינם מועסקים במשרה מלאה, מה שבשילוב העובדה שאינם פועלים במחלקות, פוגע ביכולתם להתעדכן במקצועם.

במחקר על כוח האדם במלר"דים נמצא כי אין מסגרת רשמית להעסקת רופאים במשמרת הערב והלילה, והרופאים שמאיישים את המלר"דים במשמרות אלה הם רופאים מתמחים בשלבים שונים של ההתמחות. המחסור ברופאים מומחים בולט בבתי חולים בינוניים⁴⁰ יותר מאשר בבתי חולים גדולים.

משרד מבקר המדינה בדק כיצד נקבעו תקני כוח האדם של רופאים ואחיות במלר"דים, ולהלן הממצאים:

תקינה ומומחיות של רופאים במלר"ד

מצוקת כוח האדם הרפואי היא סוגיה העולה לסדר היום הציבורי מזה שנים רבות. בשנת 2003⁴¹ בדק משרד מבקר המדינה את נושא התקינה הרפואית, ובדוח הביקורת צוין כי יש הסכמה רחבה שתקני הרופאים, שנקבעו בעבר על פי מספר המיטות במחלקות האשפוז ועל פי הביקורים במרפאות החוץ, אינם מתאימים עוד לצרכים הנוכחיים של מערכת הבריאות, וכי הנוסחאות שעל פיהן נעשים העדכונים מיושנות, מה גם שהתפתחות ההתמחויות וההתמקצעות בתחום הרפואה הביאה לפתיחת מחלקות חדשות שלא ניתן להן ביטוי בהסכמי התקינה. בביקורת הועלה אז כי למרות זאת לא עשה משרד הבריאות בדיקה עדכנית של מערך תקני הרופאים בבתי החולים.

בדוח מבקר המדינה 2006⁴² צוין כי היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי המועסק בבתי החולים נקבע על פי מפתחות תקינה משנות השבעים של המאה שעברה, ומאז עודכנו מדי פעם בפעם. התקינה מבוססת בעיקר על מספר המיטות בכל מחלקה, בכל יחידה ובכל מכוון, ועל מספר הביקורים במרפאות החוץ של בתי החולים. שינויים טכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית והתפתחות של מקצועות בתחום הרפואה והסיעוד, כל אלה מרחיבים את הצורך בכוח אדם לתפעול המערכת ומשפיעים על אופן הקצאתו המיטבי. אולם מנגנון עדכון התקינה המיושן אינו מביא בחשבון שינויים אלה. לכך כאמור יש השפעה רבה על מצוקת כוח האדם, ויש לראות באי-התאמתה של התקינה חוסר עשייה מתמשך של משרד הבריאות, משרד האוצר ונש"ם. עוד הועלה באותו דוח כי המשרד ומשרד האוצר הסכימו לקיים דיון עם הר"י על שינוי ההסכמים הקיימים בנושא התקינה בבתי החולים הממשלתיים. בעת סיכום הביקורת הנ"ל, בנובמבר 2008, טרם הוחל בדינויים בנושא. על רקע תמונת המצב העולה מדוחות אלה, המשפיעה גם על כוח האדם במלר"ד, בדק משרד מבקר המדינה את תקינת הרופאים במלר"ד והעלה כדלקמן:

-
- | | |
|----|--|
| 39 | ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2004 ³⁹ , בפרק "רופאי בתי חולים - תקנים, נוכחות, תורנות, כוננות ועבודה פרטית", עמ' 470. |
| 40 | בית חולים בינוני - בין 400 ל-699 מיטות; בית חולים גדול - מעל 700 מיטות. |
| 41 | ראו הערת שוליים 39 לעיל. |
| 42 | מבקר המדינה, דוח שנתי 2009 ⁴² , "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355. |

1. תקן הרופאים בבתי החולים הממשלתיים: בתי החולים הממשלתיים כפופים לנש"ם, המהווה דרג בקרה על ההקצאה והשימוש בכוח אדם בשירות המדינה. נש"ם מקיימת, בשיתוף בתי החולים, עבודת מטה לקביעת תקן הרופאים בבתי החולים ובכלל זה במלר"דים. במסגרתה מגישים מנהלי בתי החולים לנש"ם את התקן הדרוש בכל מחלקה בבית החולים (כולל במלר"ד), ולאחר בדיקה ודיון מאשרת נש"ם את התקנים לבית החולים.

ואולם הועלה כי לאחר עבודת המטה האמורה מחלק בית החולים את סך התקנים שקיבל באופן שונה וללא התערבות של נש"ם וממילא ללא בקרתה. בסופו של דבר אין כמעט קשר בין תקן הרופאים של נש"ם למצבתם בפועל בבתי החולים הממשלתיים. יתרה מכך, מבקר המדינה כבר ציין בדוח קודם⁴³ כי יש מרכזים רפואיים ממשלתיים שמספר עובדי תאגיד הבריאות (קרן מחקרים) בהם מגיע ל-40%. לכן ראוי לגבש מדד חדש לתקינת כוח אדם במלר"ד.

אגף התקציבים שבמשרד האוצר השיב למשרד מבקר המדינה, בדצמבר 2009, כי עמדתו היא שיש לתת למנהלי בתי החולים גמישות בניהול והקצאת התקנים העומדים לרשותם בהתאם לצרכים המקצועיים של בית החולים, וכי נושא התקינה היא פררוגטיבה של המעסיק.

ראש האגף לרפואה כללית במשרד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי המשרד נמנע לקבוע את התקן הנדרש במלר"דים, הן מכיוון שהתקן הנדרש משתנה מבית חולים אחד למשנהו (למשל, קירבתו של בית חולים לעורקי תחבורה ראשיים מגדיל את מספר נפגעי תאונות הדרכים שמובאים למלר"ד שלו), והן משום שלדעת המשרד, בתי החולים לא יוכלו לעמוד בתקן שייקבע.

בתגובתה מנובמבר 2009, טענה הר"י שראוי להקים צוות מקצועי בלתי תלוי שימליץ לממשלה על התקן הדרוש למלר"דים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהגוף המבקר (נש"ם) יהיה מעורב בכניית התקן ובפיקוח על יישומו, וזאת עד הפיכת בתי החולים הממשלתיים לתאגידיים. ראוי שגם בשאר בתי החולים, הציבוריים ושל קופות החולים, ייקבע תקן מזערי ראוי לרופאים כדי להבטיח תפקוד תקין של המלר"דים. על המשרדים הנוגעים בדבר למצוא את האיזון המתאים בין הצורך בבקרה של נש"ם ובין הגמישות שיש לתת למנהלי בתי החולים.

2. תמהיל הרופאים במלר"ד: כאמור, המלר"ד מחויב לפעול ללא הפסקה ולתת מענה לאבחון הפונים ולטיפול בהם בכל תחומי הרפואה. צוות הרופאים האורגני של המלר"ד מועסק בשעות העבודה הרגילות (8:00-16:00), ולאחר מכן נהוג לאייש את המלר"ד בתורנים ממחלקות שונות, שהם רופאים שאינם מומחים ואינם חלק מהצוות האורגני של המלר"ד. יש מחלקות שתחום התמחותן תואם מספר פונים רב יותר, כגון פנימיות וכירורגיות, ויש רופאים מומחים שתחום התמחותם נוגע למעט פניות למלר"ד, כגון עיניים ואורולוגיה. מכאן החשיבות שהמשרד יקבע את תמהיל הרופאים שצריכים לאייש את המלר"דים בשעות העבודה הרגילות, ואת תמהיל התורנים בהם אחרי שעות העבודה הרגילות. ניסיונם של המתמחים שמאיישים את המלר"ד קטן יותר, גם בשל העובדה שכיום התמחות בפנימית, כירורגיה וילדים אינה כוללת רוטציה⁴⁴ במלר"ד. לכן יש צורך שהמשרד יוודא פיקוח על עבודת המתמחים במלר"ד על ידי קביעת מספר

43 מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

44 רוטציה - פרק זמן מוגבל של עבודה מעשית באחת ממחלקות בית החולים כחלק מהכשרתו של המתמחה.

מספק של תקני מומחים במלר"ד בכל שעות היממה. כפי שיפורט בהמשך בפרק שעוסק בשחרור חולים מהמלר"ד, רופאים מומחים לא מעורבים לעתים כלל בטיפול בפונים, וגם שחרור פונים מהמלר"ד נעשה על ידי מתמחים. רופאים הפועלים במלר"ד מספקים שירות גם למלר"ד וגם למחלקות אחרות בבית החולים, וברוב המקרים הרופאים אף משויכים לאותן המחלקות, ומכאן הצורך שהמשרד יודא שהמלר"דים יקבלו את תשומת הלב והשירות הרפואי הדרוש. לשם כך עליו לקבוע למלר"ד תקינה מזערית של מומחים ומתמחים לפי מקצועות, בהתחשב במורכבות ואופי העבודה במלר"ד.

גם פרויקט האבחון התפעולי שבוצע במלר"ד סורוקה המליץ בין היתר על "יצירת ניהול רציף על ידי ערוב כוח הומוגני של המחלקה והתורנים כאשר לעולם רופא מספר אחד הינו מטעם הנהלת המלר"ד". כלומר - בכל שעות היממה ינהל את המלר"ד רופא השייך לצוות האורגני של המלר"ד.

כאמור, במהלך שנת 2009 שיבצה סורוקה במלר"ד רופא מצוות המלר"ד שעובד עד חצות.

הועלה שהמשרד נתן דעתו על הצורך בהסדרת נושא זה, ובשנת 2000 הוקמה ועדה שבראשה עמד מנהל בית החולים קפלן דאז, ובין חבריה נכללו כמה מנהלי מלר"דים. הוועדה דנה בארגון מחדש של תמהיל צוות הרופאים במלר"דים. בוועדה הסתמנה הסכמה שתמהיל המקצועות הרפואיים של רופאי המלר"ד יהיה מורכב משליש מומחים ברפואה דחופה⁴⁵, שלישי מתמחים ברפואה דחופה ושליש רופאים ממקצועות הרפואה השונים, שמקיימים רוטציה ביניהם. הוועדה בדקה גם את העלות של השינויים שהציעה, והמליצה על עריכת פיילוט (ניסוי) בבית החולים קפלן ובבית חולים נוסף, שיבדוק עלות מול תועלת של השינויים שהומלצו, אולם לדברי חבר הוועדה ולפי תגובת הר"י, משרד האוצר סירב לערוך את הפיילוט, שעלותו נאמדה בכשני מיליון ש"ח.

יוצא שעד מועד סיום הביקורת, נובמבר 2009, המשרד לא קבע אילו תחומי מומחיות רפואית יכולים למלא תורנויות במלר"ד, אילו הכשרות צריכים לעבור רופאים מתחומי התמחויות שאינם רפואה דחופה, ואילו מחלקות צריכות להקצות תורנים אלה.

משיחות שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה עם מנהלי מלר"דים עלה כי בחלק מבתי החולים לא מוצבים בשעות הלילה מומחים במלר"ד, ובבתי חולים אחרים חסרים אחרי שעות העבודה הרגילות מומחים בחלק מהמקצועות העיקריים הדרושים למלר"ד. למשל, בבית החולים העמק אין במשמרות הערב והלילה מומחה זמין בכירורגיה ובאורתופדיה, אלא מתמחים בלבד. בתי החולים אמנם מחזיקים רופאים מומחים בכוננות, כך שבעת הצורך מוזעקים הכוננים מבתיים.

אישור מנהל המלר"ד לעבודת תורנים ממחלקות האשפוז ובקרה על עבודתם

ראוי שלפני תחילת עבודתם במלר"ד יקבלו התורנים הדרכה ואישור ממנהל המלר"ד. בין היתר עשויה פעולה זו לחזק את סמכותו של מנהל המלר"ד ולאפשר פיקוח ובקרה שלו על התורנים. משרד מבקר המדינה בדק את סדרי הכשרתם ואישורם של הרופאים המתמחים לשמש תורנים במלר"ד.

הועלה כי בין בתי החולים קיים שוני משמעותי בהגדרת סמכותו של מנהל המלר"ד לאשר רופאים כתורני המלר"ד. כך למשל נמצא שבתל השומר, לפני שרופא מתחיל לשרת כתורן במלר"ד, עליו לעבור תהליך רוטציה במלר"ד, ובסופו לקבל את אישור מנהל המלר"ד לבצע משמרות. לעומת

45 עוד בנושא זה ראה להלן בפרק "מומחיות ברפואה דחופה".

זאת, בסורוקה ובהעמק לא מעורב מנהל המלר"ד בבחירת התורנים מהמחלקות, בהכשרתם ובאישורם, והכול נקבע בידי מנהלי המחלקות האחרות בבתי החולים. זאת ועוד, הועלה כי אין מטעם מנהל המלר"ד כל בקרה על התורנים, ובפועל גם מנהלי המחלקות ששולחים תורנים אלה לא מקיימים בקרה על עבודתם במלר"ד. מנהל מלר"ד סורוקה מסר ביולי 2008 לנציגי משרד מבקר המדינה כי לעתים מאויש המלר"ד בתורנים חסרי ניסיון שזה עתה סיימו את לימודי הרפואה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ובתי החולים להסדיר את השימוש בתורני המחלקות במלר"ד, לקבוע את סדרי הסמכתם לביצוע תורנויות במלר"ד, ולשקול להסדיר חובת אישור מנהל המלר"ד לשילובם בעבודת המלר"ד.

הכללית מסרה, בתגובתה מדצמבר 2009, שחטיבת בתי החולים "תבחן בשיתוף עם מנהלי המלר"דים ומנהלי המחלקות אשר מכשירים את הצוות, את אפשרות העצמת תפקיד מנהל המלר"ד בנושא עבודתם של רופאים כתורנים במלר"ד", ושחטיבת בתי החולים בוחנת בחיוב יישום תהליך של הכשרה והדרכת תורנים במלר"ד לפני תחילת עבודתם בו.

איוש המלר"ד במומחים ברפואה דחופה ובתורני חוץ

הכשרת כוח האדם הוא מרכיב חיוני בתפעול המלר"ד. הכשרתו של רופא נמדדת בתוארו (הכשרה בסיסית ומומחית), ומועשרת מניסיונו ומרציפות עבודתו במלר"ד. כאמור, ברוב המשמרות במלר"דים אין מומחים לרפואה דחופה ולעתים אין רופאים מומחים בכלל. רוב המשמרות במלר"דים מאוישות בידי מתמחים או תורני חוץ. יוצא שבחלק משעות היממה, הניסיון וההכשרה של הרופאים איננו מיטבי.

מן המחקר על כוח האדם במלר"דים ומשיחה עם מנהלי המלר"דים בבתי החולים העמק וסורוקה, עולה כי הרופאים שמבצעים את התורנויות במלר"ד מטעם המחלקות הם לעתים תורני חוץ. לדברי מנהלי מלר"דים יש בכך כדי לפגוע באיכות הטיפול והאבחנה שניתנת לפונים למלר"ד, הניסיון וההכשרה של צוות הרופאים בחלק משעות היממה איננו מיטבי, והשתייכותם הארגונית של מרבית התורנים למחלקות אחרות פוגעת ביכולת של מנהל המלר"ד לבקר את עבודתם ולאכוף עליהם סמכות. בבית החולים תל השומר למשל לא מועסקים בכלל תורני חוץ במלר"ד בגלל הבעיות שהדבר מעורר.

הועלה כי המשרד לא קבע לתורני החוץ במלר"ד מספר תורנויות מזערי שיאפשר להם לימוד והכרה מספקים של המלר"ד ועבודתו. בפועל מבצע כל תורן חוץ מספר תורנויות מועט, בין שתיים לארבע בחודש. בנוסף על כך, מנהלי המלר"דים אינם מכירים את עיסוקיהם הנוספים של תורני החוץ, ונפגעת מאד היכולת של מנהל המלר"ד להכיר את התורנים ואת רמת עבודתם, והדבר עלול לפגוע באיכות הטיפול. משמעות הליקוי הוא שתורני החוץ מבצעים מעט מאוד תורנויות במלר"ד, ולכן אינם מכירים מספיק את עבודת המלר"ד בכלל ואת עבודת המלר"ד המסוים שהם עושים בו תורנויות בפרט.

משרד מבקר המדינה בדק בשלושה בתי חולים את היקף התורנויות שעושים רופאים מהצוות האורגני של המלר"ד, והעלה כי בעוד שבתל השומר לא מועסקים כלל תורני חוץ במלר"ד, הרי שבהעמק, ב-9 מ-31 משמרות בחודש אוגוסט 2009, מיון המהלכים היה מאויש רק על ידי תורני חוץ, ושניים מהם עשו רק שתי תורנויות בחודש כל אחד.

בסרוקה הועלה כי המחלקה האורתופדית שולחת לעתים תורני חוץ כתורנים מטעמה. למנהל המלר"ד אין מידע על עיסוקיהם העיקריים, ואין לו השפעה על מספר התורניות שהם עושים ועל הכשרתם. לפיכך אין למנהל המלר"ד יכולת להעריך את איכות עבודתם.

הנהלת בית החולים סורוקה השיבה בדצמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי כל תורן חוץ עושה את עבודתו לצד רופא בכיר שאף מאשר כל שחרור של פונה שנקבע על ידי תורן החוץ.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הכללית לבחון אפשרות לשיתוף מנהלי המלר"דים בתהליך אישור תורני החוץ כעובדים במלר"ד.

מן הממצאים עולה שבמועדים שבהם המלר"ד הוא חיוני ביותר (ערב, לילה, סופי שבוע וחגים), כי אז אין לו חלופות טיפוליות בקהילה, המומחים ברפואה דחופה הנמנים על הצוות הקבוע של המלר"ד מבצעים את מספר התורניות הקטן ביותר. את רוב התורניות במועדים חשובים אלה מבצעים תורני חוץ ורופאים משאר המחלקות של בית החולים, כך שברוב שעות היממה אין במלר"ד מומחים ומתמחים ברפואה דחופה. התורנים נקבעים על ידי המחלקות ללא התערבות מנהלי המלר"דים, ולעתים אף מדובר בתורני חוץ. התנהלות זאת פוגעת ביכולת של מנהלי המלר"דים לעקוב אחרי הכשרתם ולבקר את עבודתם של התורנים במלר"ד, ולכן מן הראוי שמלבד המשרד, גם בתי החולים ינחו אילו הכשרות ואישורים על מתמחים לעבור לפני שהם מתחילים לעשות תורניות במלר"ד, מה הכמות המזערית של תורניות שעל תורני החוץ לעשות במלר"ד כדי לשמור על רמה מקצועית מספקת, ומהן סמכויותיהם של מנהלי המלר"דים באישור עבודת התורנים.

התמחות ברפואה דחופה

דרך מוסף לשילובם של מומחים ברפואה דחופה בצוות האורגני של המלר"ד הוא ריכוז המידע והיעוץ שמתקבל על הפונה מהבדיקות השונות, בידיו של מנהל רפואי אחד האחראי על הפונה.

תוצאות מפגשים של "רשת מנהלי מלר"דים" - פורום מנהלי מלר"דים שייסדה המחלקה לפיתוח ארגוני בכללית למנהלי מלר"דים שלה, ומונחה על ידי חברה חיצונית - הצביעו על היתרונות שיש לדעתם בקביעת רופא אחראי לכל פונה, שיהיה חלק מצוות המלר"ד ומומחה או מתמחה ברפואה דחופה: טיב הטיפול ושביעות הרצון של הפונה יעלו בגלל קיצור משך ההמתנה, ועלות הטיפול תפחת בגלל מניעת בדיקות וטיפולים מיותרים. הפורום עדיין לא סיים את עבודתו.

יחד עם זאת, בשיחות עם מנהלי מלר"דים עלה כי הדעות בקרבם אינן אחידות: יש הסוברים שצריך לאייש את המלר"דים רק במומחים ומתמחים ברפואה דחופה, ויש הסוברים שיש לאייש אותם בצוות משולב של מומחים ומתמחים ברפואה דחופה ומומחים ומתמחים במקצועות אחרים, דבר שגם ייתן מענה תפעולי לבעיה של מחסור במומחים ומתמחים במלר"ד וגם יתרום להכשרתם של המתמחים.

בשנת 1998 הוכרה בישראל ההתמחות ברפואה דחופה. לפי קביעת הר"י, כיום ההתמחות ברפואה דחופה היא התמחות-על⁴⁶ - עובדה המשפיעה על היצע הרופאים בתחום. על מנת לקדם את מדיניות המשרד לשלב מומחים ברפואה דחופה בעבודת המלר"דים, היה עליו להעריך לכמה רופאים כאלה תזדקק מערכת הבריאות בשנים הבאות, לעקוב אחר מספר המתמחים בתחום זה, ולהתערב בתהליך במידה ומסתמן מחסור במומחים לרפואה דחופה.

הועלה שהמשרד לא העריך את צורכי מערכת הבריאות בתחום זה. אמנם, מידע על מספר המתמחים הוא נגיש ונמצא בידי הר"י, אולם המשרד לא בחן את המשמעות של מספר המתמחים ברפואה דחופה, וממילא לא גיבש עמדה אם די במספר זה או שעליו להתערב כדי להגדיל את מספר המתמחים. מרכיב נוסף שיש בו כדי להשפיע על מספר המתמחים הדרוש הוא מספר המומחים ברפואה דחופה שיש לשלב בכל משמרת, אך גם בעניין זה לא קבע משרד הבריאות דבר.

אשר למצב בפועל בתחום זה, המחקר בנושא כוח האדם במלר"דים בישראל הצביע על כך שאמנם מקצוע הרפואה הדחופה במדינת ישראל הוכר, אולם מרבית הפונים למלר"דים עדיין אינם זוכים לטיפולו של מומחה ברפואה דחופה. לפי המחקר על כוח האדם במלר"דים, שיעור המומחים ברפואה דחופה המוצבים במשמרות הלילה במלר"דים בארץ הוא אפסי (בממוצע 1.5 מומחים למשמרת בכל הארץ), ושיעורם במשמרת הערב נמוך מאד (בממוצע חמישה מומחים למשמרת בכל הארץ). המחקר המליץ להפנות לכך משאבים, כדי שיהיו יותר מומחים ברפואה דחופה שיתנו מענה ליותר פונים למלר"ד.

ביולי 2009 כתבה הר"י למשרד מבקר המדינה כי בשנים 2008 ו-2009 היה מספר המתמחים הפעילים ברפואה דחופה 26 ו-37 בהתאמה. מספר המתמחים שהתחילו התמחות ברפואה דחופה בשנים אלה היה 11 ו-8 בהתאמה. על פי נתוני משרד הבריאות⁴⁷, בשנים 2007 ו-2008 היה מספר הרופאים המומחים ברפואה דחופה שגילם מתחת ל-65 99 ו-101 בהתאמה. בשנת 2008 הונפקו רק ארבע תעודות מומחה חדשות ברפואה דחופה.

משיחות שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה עם רופאים ובעלי תפקידים במערכת הבריאות העוסקים בתחום הרפואה הדחופה, עולה תמונת מצב שאינה מעודדת התמחות רופאים בתחום זה. להלן עיקריה: 1. ההתמחות מוכרת כיום בישראל רק כ"התמחות-על", כאמור, והמשמעות מבחינת המתמחה היא הוספת שנות לימוד לאחר שכבר עשה התמחות אחת. 2. התורנויות במלר"ד מהוות מקור להשלמת הכנסה לרופאים, אולם משום שאת התורנויות והמשמרות במלר"ד מבצעים כאמור רופאים שאינם חלק מצוות המלר"ד, הרי שמומחה ברפואה דחופה יעבוד בדרך כלל רק בשעות העבודה הרגילות, כך שמשכורתו תהיה נמוכה באופן ניכר מזו של עמיתו במחלקה אחרת. 3. התמחויות והתמחויות-על אחרות מאפשרות לרופאים תעסוקה במסגרת פרקטיקה פרטית, דבר שאינו אפשרי בתחום הרפואה הדחופה. 4. המתמחים והמומחים לרפואה דחופה צמודים באופן מוחלט לעבודה הקלינית השוטפת, בניגוד לרוב מקצועות הרפואה האחרים, מצב שאינו מותיר זמן פנוי לקידום אקדמי, למנוחה ולפעילות שאינה קשורה בעבודה ישירה מול חולים.

הנתונים מצביעים על מגמה של חוסר יציבות במספר המתמחים שמתחילים התמחות ברפואה דחופה מדי שנה. תמונת מצב זו נתמכת כאמור בנתונים כמותיים על הירידה בביקוש להתמחות ברפואה דחופה. על המשרד היה לזהות את המחסור הקיים והצפוי במומחים ובמתמחים ברפואה דחופה, לעודד רופאים להתמחות ברפואה דחופה, ובכלל זה לשקול לחייב העסקה של מומחים ברפואה דחופה במלר"דים. אולם כל אלה לא נעשו.

יצוין כי המשרד והמועצה המדעית בהר"י פועלים בשנים האחרונות לשנות את המצב, כך שההתמחות ברפואה דחופה תהיה התמחות בסיסית, אולם השינוי טרם בוצע בפועל.

בדוח שנתי 2016⁴⁸ ציין מבקר המדינה כי על מנת לגבש מדיניות מערכתית לתכנון כוח אדם יש ליצור בסיס נתונים מקיף ומעודכן על העוסקים במקצועות הבריאות, ובכלל זה מספרם של הרופאים, תחומי מומחיותם, גילם, ופיזורם הגיאוגרפי. על בסיס הנתונים לכלול גם פרטים על מקום עבודתם ועל היקף משרתם ולציין את אלה מהם שפרשו או עתידים לפרוש בקרוב מהמקצוע. כמו כן על בסיס הנתונים לכלול תחזיות לשינויים בתמונה זו.

הועלה כי מלבד מספרם של המומחים ברפואה דחופה אין למשרד הבריאות נתונים נוספים עליהם, כגון מקום עבודתם, המחלקה שהם עובדים בה והיקף המשרה שלהם. גם אין ודאות שהנתונים הקיימים במשרד הם שלמים. למשל, אין למשרד כל מידע כמה מהמומחים לרפואה דחופה עזבו את ישראל.

יצוין כי כבר בדוח 2016⁴⁹ ציין מבקר המדינה כי בישראל אין "חובת רישום ועדכון עיתיי" המחייבת רופאים ברישום תקופתי הכולל עדכון פרטים רלוונטיים, כך שאין אפשרות לעקוב אחר שינויים בנתוני העבודה של רופא לאחר שקיבל רישיון.



עבודת המלר"ד מבוצעת ברובה על ידי מתמחים ותורני חוץ שניסיונם מועט יחסית. המתמחים והרופאים שאינם חלק מהצוות הקבוע של המלר"ד מספקים שירות גם למחלקות אחרות בבית החולים, אליהן הם משויכים, והדבר פוגע בעבודת המלר"דים. לכן, על המשרד להנחות את המלר"דים בנוגע למספר המרבי של מתמחים ותורני חוץ שניתן לשלב במלר"דים.

עוד לפני כעשר שנים נתן המשרד את דעתו לצורך בהסדרת תמהיל הרופאים במלר"ד, והקים לשם כך ועדה. אולם בסופו של דבר הוועדה הפסיקה להתכנס בלא שהשלימה את עבודתה. עד מועד סיום הביקורת, נובמבר 2009, המשרד לא קבע אילו תחומי מומחיות נדרשים למילוי תורנויות במלר"ד, ואילו הכשרות צריכים לעבור רופאים מתחומי התמחות אחרים. מחקרים מצאו שבחלק מהמלר"דים אין בשעות הלילה כל מומחה, ובמלר"דים אחרים קיים אחרי שעות העבודה חוסר במומחים בחלק מהמקצועות העיקריים. על המשרד להשלים את עבודת המטה בתחומים אלה ולהנחות את המלר"דים בהתאם.

בגלל החשיבות של איוש המלר"דים במומחים ומתמחים ברפואה דחופה, על המשרד להבטיח שיהיו בעתיד מספיק רופאים בתחום הרפואה הדחופה, ולשם כך עליו לעקוב אחר מספר המתמחים בתחום זה, לעודד רופאים לפנות להתמחות ברפואה דחופה ולשקול חובת העסקה של מומחים ברפואה דחופה במלר"דים כדי להעלות את הביקוש למקצוע זה.

48 ראו הערת שוליים 42 לעיל.

49 ראו הערת שוליים 42 לעיל.

כוח אדם סיעודי במלר"ד - תקינה והכשרה

מבקר המדינה ציין ברוח בנושא "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב"⁵⁰ שתפקידה של אחות⁵¹ הופך גורם חשוב ומשפיע במערכת הבריאות. תהליכים שונים מחזקים את המגמה להטיל על האחיות בבתי חולים אחריות רבה יותר ולהאציל להן סמכויות רבות יותר. גם במלר"דים תפקידה של האחיות הולך וצובר חשיבות, וכראיה לכך, המלר"ד הוכר בידי מינהל סיעוד של המשרד כמחלקה שהורחב בה מגוון הפעולות שצוות האחיות רשאי לבצע.

1. בשונה מהרופאים המספקים שירות רפואי במלר"ד ומחויבים בדרך כלל לספק שירות רפואי גם במחלקות אחרות של בית החולים, האחיות המלר"ד עובדות רק במלר"ד. לפי ההסכמים הקיבוציים שנחתמו בשנים 1996 ו-1997, תקן האחיות במלר"ד נקבע כמספר הפניות בשנה מחולק ב-2,419.

על פי ההסכמים הקיבוציים סוכם על הקמת ועדה פריטטית שבין שאר תפקידיה לעקוב אחר היישום בפועל של התקינה, אולם בדומה לתקינת הרופאים, גם עדכוני תקינת האחיות לא מביאים בחשבון שינויים שחלו במשך השנים בתחום הטכנולוגי, בתחום הדמוגרפי (למשל, הזדקנות האוכלוסייה), בהיקף הפעילות הרפואית לפונה, ובהתפתחות של מקצועות הרפואה והסיעוד. בקרב העוסקים במקצועות המלר"ד יש תמימות דעים ששינויים אלה צריכים להביא לתוספת תקנים, ולכל הפחות מחייבים את משרד הבריאות לקיים עבודת מטה שתנתח את השינויים ותקבע תקן הולם ועדכני. דבר זה לא נעשה.

בדומה לתקני הרופאים, גם כוח האדם הסיעודי בבתי החולים הממשלתיים ממומן בחלקו על ידי תאגידי הבריאות הפועלים בבתי החולים, מצב שיוצר אי-בהירות בתקנים.

2. לפי הגדרת מינהל הסיעוד במשרד, המלר"ד הוא "יחידה מיוחדת" - יחידה המתמחה בתחום קליני, ובה מרוכזים חולים במצב רפואי מורכב וקריטי שהטיפול בהם כולל בין השאר השגחה, ניטור והתערבות באמצעים טכנולוגיים מתקדמים - ולכן כוח האדם הסיעודי המוצב במלר"דים וביחידות מיוחדות אחרות נדרש לקבל החלטות קליניות ולפתור בעיות מורכבות באופן מידי, על סמך ידע רב ושימוש בטכנולוגיות מתקדמות.

(א) הכשרת אחיות אחראיות משמרת ברפואה דחופה: מינהל הסיעוד שבמשרד הכיר בחשיבות של הכשרה מתאימה לאחיות המלר"ד, ולכן בשנת 1999 פורסם חוזר מינהל הסיעוד, שקבע כי על אחראיות משמרת במלר"ד להיות בוגרות קורס על-בסיסי ברפואה דחופה. מספר האחיות הקטן שעברו את ההכשרה לא אפשר לממש קביעה זו אלא לאחר תקופת מעבר. ב-2007 פרסם מינהל סיעוד חוזר, לפיו בינואר 2008 הסתיימה תקופת המעבר, וכל אחראיות המשמרת צריכות להיות בעלות הכשרה מתאימה.

הביקורת העלתה כי ממועד סיום תקופת המעבר בתחילת שנת 2008 עד מועד סיום הביקורת הנוכחית בנובמבר 2009, מינהל הסיעוד לא ביצע בקרות על קיום הנוהל האמור ולא אסף נתונים בתחום זה. איסוף נתונים על אחיות מוסמכות בוגרות השתלמות מוכרת ביחידות מיוחדות בבתי חולים, לרבות במחלקה לרפואה דחופה, ומשמשות אחראיות משמרת, נעשה לאחרונה על ידי מינהל הסיעוד רק בשנת 2004.

50 שם, עמ' 355-398.

51 כל מקום שבו מופיע אחות בלשון נקבה הכוונה היא גם לאחים.

מינהל הסייעוד אמנם מעריך ש-95.5% מהאחיות במלר"דים בבתי החולים הכלליים הן בוגרות קורס על-בסיסי בתחום, ולכן תפקיד אחראית משמרת מאויש על ידי אחיות כאלה בלבד, אולם מניתוח של תעודות הסמכה של אחיות, הנמצאות במחלקה למשאבי אנוש של כמה בתי חולים, העלה משרד מבקר המדינה כי לא כל אחראיות המשמרת עברו את הקורס הנדרש.

הועלה שבעמק, כל האחיות ששימשו אחראיות משמרת בחודש יולי 2009 עברו קורס על-בסיסי ברפואה דחופה; במלר"ד סורוקה יש 58 אחיות, כ-20 מהם משמשות כאחראיות משמרת, ומהן 6 (30%) אינן בוגרות קורס כזה; במלר"ד תל השומר שימשו כאחראיות משמרת בחודש יוני 2009 18 אחיות, בהן 5 (28%) אינן בוגרות קורס כזה.

יצוין שחלק מבעלות תפקיד זה בסורוקה ובתל השומר הן בעלות ותק מקצועי ניכר (גילן עולה על 60), שלדעת סורוקה ותל השומר, מצד אחד אין אפשרות וטעם לשלוח אותן לקורס העל בסיסי, שכן לעתים חסר להן תואר אקדמי שהוא תנאי קבלה לקורס על בסיסי, ומצד שני לא ניתן להדיחן מתפקיד אחראית המשמרת.

על משרד הבריאות לבחון את הסוגיה ולקבוע הנחיות ספציפיות לנסיבות אלה.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, כי בחודש ספטמבר 2009 הוחל בתהליך בניית כלים לאיסוף נתונים על מצבת כוח האדם הסייעודי במלר"דים ועל הכשרת האחיות בתחום הרפואה הדחופה, ושהתהליך צפוי להסתיים בחודש אפריל 2010.

(ב) אחיות אחראיות במלר"ד מפוצל: עוד הועלה כי בחלק מבתי החולים המלר"ד פוצל לתת-מחלקות באולמות נפרדים. כך למשל בבית החולים העמק, שם יש אולמות נפרדים למיון פנימי, למיון כירורגי ולמיון ילדים. המשרד לא נתן דעתו לצורך שבכל תת-מחלקה במלר"ד תהיה אחראית משמרת עם הכשרה כאמור. בבתי החולים העמק וסורוקה למשל, אחראית המשמרת (שכאמור, בבית החולים סורוקה היא אינה תמיד בעלת הכשרה על-בסיסית ברפואה דחופה) מופקדת על כל חלקי המלר"ד. מכאן החשיבות שהמשרד יסדיר גם תחום זה.

(ג) אחיות טריאז': כאמור, על הרופאים במלר"ד מוטל עומס רב, וברוב המקרים הם נדרשים לתת שירות גם במחלקות אחרות, ומכאן החשיבות שהמשרד ובתי החולים יבחנו אפשרויות ליעל את עבודת המלר"ד על ידי העברת מטלות לאחיות שהן כוח האדם הייעודי של המלר"ד. אחת הדרכים ליעל את עבודת המלר"ד היא מיון וקביעת קדימויות ראשוניים של הפונים למלר"ד (להלן - טריאז') על ידי אחות ותיקה ומקצועית. שיטת הטריאז' נבחנה במחקר שפורסם בשנת 2004⁵², ותוצאותיו הצביעו על הצלחתה של השיטה בבתי חולים כלליים, עלייה בשביעות הרצון של הפונים, וירידה בזמן השהייה שלהם במלר"ד. מסקנות המחקר המליצו לשקול הפעלה של הטריאז' בבתי חולים נוספים בארץ.

הטריאז' דורש ידע וניסיון רבים, ולכן המליץ המחקר לקדם את ההשתלמויות השוטפות של אחיות המלר"ד בהערכת מצבו של הפונה ובביצוע טריאז'. על כן ניתן היה לצפות שהמשרד ידון בממצאי המחקר כדי לבחון את האפשרות להנחות את כל בתי החולים להפעיל טריאז' ולהמליץ על כוח האדם המתאים לו, ועל הקורס הייעודי להכשרה לתפקיד זה.

52 אשר אלחיאני, דינה פלפל, הטמעת מערכת טריאז' במחלקה לרפואה דחופה - היבטים של איכות, יעילות ושביעות רצון, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

הועלה כי המשרד לא דן בהמלצות המחקר ולא קיבל החלטה אם להנחות את בתי החולים לפעול בשיטה זו, ואכן עולה מתגובת המרכז הרפואי הלל יפה שמפאת המחסור בכוח אדם לא מוקצית בו אחות ייעודית לביצוע טריאז', ולכן מתבצע טריאז' חלקי ומזערי, וגם זאת לא בכל שעות היממה. עוד עלה שמינהל הסיעוד במשרד לא הנחה את בתי החולים שפועלים בשיטה זו מהם ההכשרה והניסיון הנדרשים מאחיות טריאז'.

בדיקה שעשו נציגי משרד מבקר המדינה בהעמק העלתה כי את הטריאז' מבצע בפועל צוות הפקידים במשרד הקבלה - הם המחליטים לאילו סוג מלר"ד לכוון את הפונים. אולם אין להם הכשרה מספקת לקביעת קדימויות. הדבר ממחיש את הצורך להנחיות משרד הבריאות בעניין. בתגובתה מדצמבר 2009, מסרה הכללית שהנהלת חטיבת בתי החולים בכללית תבדוק פעם נוספת את תהליך הקבלה וההכוונה של הפונים למלר"ד העמק, ותבחן אותו אל מול תהליך דומה בבתי חולים אחרים.



תקינת האחיות לא מביאה בחשבון שינויים טכנולוגיים, רפואיים ואחרים שחלו במשך השנים. ראוי שהמשרד יפעל לעדכון תקינת האחיות לפי ההתפתחויות השונות.

מאז 2004 לא קיים מינהל הסיעוד בקרה על התאמת הכשרת האחיות שממלאות את תפקיד אחראיות משמרת במלר"דים לדרישותיו. בדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בתחום זה העלתה ליקויים, ולכן ראוי שהמשרד יקיים בקרה בתחום זה, וגם יקבע הנחיות מתאימות למלר"דים בנוגע לאחיות ותיקות שמשמשות זה מכבר כאחראיות משמרת ולא עברו את הקורס העל-בסיסי ברפואה דחופה. ראוי כי המשרד ייתן את דעתו בהנחיות בנושא זה לגבי מלר"דים המחולקים לתתי-מחלקות.

המשרד לא מנחה את המלר"דים לפעול בשיטת הטריאז' וכיצד יש להפעיל שיטה זו, ואכן עלה שבחלק מהמלר"דים מתבצע טריאז' חלקי ומזערי. ראוי שהמשרד יקבע את הצורך והדרכים להפעלת טריאז' במלר"דים.

שחרור פונים מהמלר"ד

ההחלטה על שחרור אדם שפנה למלר"ד משמעותה שהבירור הסתיים ושהפונה נמצא במצב שאינו מחייב אשפוז ו/או השגחה בבית החולים. טעות בהחלטה כזו עלולה לעלות בחיי אדם, אך כנגד זה, מקבל ההחלטה צריך להביא בחשבון גם את הסיכון לפונים בשל אשפוז מיותר וחשיפה לזיהומים, ואת מגבלת קיבולת האשפוז בבית החולים בשל העלויות הכרוכות בכך והעומס הנוצר במחלקות. מכאן החשיבות שהמשרד יקבע את מאפייני ההכשרה, הוותק והניסיון של מי שבסמכותו להחליט על שחרור.

ואכן, בשנת 1979 קבע המשרד כי "על הנהלת בית החולים לדאוג לכך כי בכל יום תורנות יהיה תורן המיון (בכל אחד מהמקצועות הנחשבים כמיון) רופא מומחה או לכל הפחות, מתמחה

בשנתיים האחרונות להתמחותו... רופא זוט (או סטאזר) לא ישחרר חולה אלא בהסכמת הרופא הבכיר בצוות ובחתימת ידו על טופס השחרור.

ואולם הועלה כי לאחר קבלת ההחלטה משנת 1979 הפיץ המשרד למלר"דים סדרה של הנחיות, והקל בהן בדרישות ממי שמורשה לשחרר פונים למלר"ד. האחרונה שבהן הופצה ב-1993, וקבעה כי גם רופא שעוד אינו נמצא בשנתיים האחרונות להתמחותו, כלומר רופא שזה עתה סיים את לימודיו ואין לו כל ניסיון, יכול לשחרר פונים מהמלר"ד, בכפוף לאישור ראש מינהל רפואה במשרד, ולאחר המלצות מנהל המחלקה שהרופא מתמחה בה, מנהל המלר"ד ומנהל בית החולים או ממלא מקומו. לפחות אחד ממנהלי המלר"דים ששוחחנו אתם ציין בפנינו כי לדעתו הנחיה זו מסכנת את בריאות הפונים למלר"ד.

לנוכח העלייה בגיל הפונים ובמורכבות הפניות למלר"ד⁵³, ראוי היה לדעת משרד מבקר המדינה, שהנחיות המשרד בנוגע לדרישות ממי שרשאי לשחרר פונים מהמלר"ד היו מתחשבות בנתונים אלה כדי לוודא שבהקלת הדרישות אין פגיעה בחולים, אולם לא נמצא שכך נעשה. אשר על כן, על המשרד לבדוק את המצב הקיים והשלכותיו, ובמידה ויעלה צורך להעלות את דרג המורשים לשחרר פונים, למצוא לכך את התקציב המתאים.

יצוין כי המבקר הפנימי של משרד הבריאות בדק את הנושא והעלה כי במקרים רבים שוחררו חולים מהמלר"ד על ידי רופאים שאינם עומדים גם בדרישות המקלות.

פעולות משרד הבריאות להסדרת עבודת המלר"דים

המשרד נושא באחריות הממלכתית להבטחת בריאות תושבי המדינה, ולשם כך הוא אמון על קביעת המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה, ומופקד על תכנון, רישוי ותיאום השירותים של מערכת הבריאות ועל פיקוח ובקרה עליה, ובכלל אלה גם כל הנוגע לעבודת המלר"דים.

כאמור, יש הוראות חוק⁵⁴ העוסקות במלר"ד ומחייבות את הצוות העובד בו. עבודת המלר"ד גם מוסדרת במסמכים נוספים, ובהם נוהלי משרד הבריאות, הנחיות מקצועיות-רפואיות שמופיעות בספרות הרפואית וקובעות כיצד לטפל בבעיות רפואיות של הפונים למלר"ד, הנחיות מטעם הנהלות בתי החולים, וכן נהלים של הכללית למלר"דים שבבתי חולים שלה. הנהלים והתיאום ביניהם חשובים במיוחד בגלל המורכבות והדחיפות המאפיינות את עבודת הצוות במלר"ד, וכדי להסדיר את עבודת המלר"ד מול שאר המחלקות בבית החולים.

לפי פקודת בריאות העם, 1940 רשאי משרד הבריאות להתקין תקנות בעניין הנהגתם ופיקוחם של בתי חולים ולהתקין תקנות הקובעות את הדרישות לניהול מקצועי ולטיפול רפואי נאות בחולים. מינהל רפואה שבמשרד אחראי על תחום הרגולציה הרפואית של מערכת הבריאות, והוא עושה זאת בעיקר באמצעות מערכת "חוזרי מינהל הרפואה"⁵⁵. האגף לרפואה כללית במינהל רפואה עוסק בבניית סטנדרטים ונהלים בתחומי רפואה טיפולית במסגרת בתי החולים הכלליים, ומפקח על יישומם. משרד מבקר המדינה בדק את פעולות המשרד להגדרת תפקיד המלר"דים, לקביעת נוהלי העבודה בהם, לפרסום הנהלים, ולפיקוח ובקרה על יישומם:

- 53 עובדות אלה נמסרו על ידי כל מי שנציגי משרד מבקר המדינה נפגשו אתו ושעסק בתחום המלר"דים.
54 תקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים) התשמ"א 1980; חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
55 חוזרי מינהל רפואה - מערכת נהלים וחוזרים המופצים לרשימה רחבה של כלל גורמי מערכת הבריאות בארץ (ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים).

הגדרת תפקיד המלר"ד - בירור מהיר (ממין) או מיצוי הטיפול הרפואי (מאבחן)

חוק זכויות החולה ושאר החוקים המאזכרים את המלר"דים תיארו את תפקיד המלר"ד בקווים כלליים ובסיסיים, כך שהם ניתנים לפרשנות מרחיבה או מצמצמת, בהתאם לתפיסות מקצועיות וניהוליות שונות. מכאן הצורך שמשרד הבריאות יגדיר את תפקיד המלר"ד, או לכל הפחות יגביל את טווח הפרשנות שיכול כל בית חולים לתת לתפקיד המלר"ד. זאת מאחר שלהגדרת התפקיד השפעה רבה על השירות שמקבל הציבור במלר"ד.

ואולם מזה שנים רבות לא הוגדר תפקיד המלר"ד, ויתרה מכך - הועלה שהמשרד לא קבע דבר בתחום זה. אמנם, "ועדה לקביעת סטנדרטים"⁵⁶, שפעלה במשרד לפני כעשר שנים, דנה בהגדרת תפקידו של מלר"ד ומשמעויותיה, ואף ציינה את החשיבות של הגדרה זו, אולם עבודת הוועדה לא הושלמה, וממילא לא תורגמה להנחיות של המשרד (עוד על עבודת הוועדה ראו בהמשך).

מתברר שבהיעדר קביעה של המשרד, יש שוני רב בין המלר"דים בבתי החולים השונים. בסקר המלר"דים נמצא ש"חדרי המיון נבדלים בהשקפת עולמם לגבי תפקיד המיון": מצד אחד נמצאים בתי חולים המתייחסים למיון כמקום בו הבירור לגבי החולה צריך להיעשות בצורה הטובה ביותר, כך שהחלטה על אשפוז תהיה מבוססת ביותר; ומהצד האחר נמצאים בתי חולים הרואים בחדרי המיון מקום לטיפול דחוף במקרי חירום, ומעודדים החלטה מהירה לגבי אשפוז או שחרור, ובמקרי ספק עושים את הבירור במסגרת מחלקות האשפוז. בבתי חולים מהסוג השני, הבירור [הרפואי] הוא מזערי ביותר. שאר בתי החולים נמצאים בין שני קצות הקשת. עוד קבע סקר המלר"דים ש"אין מדיניות אחידה מנחה לבתי החולים בארץ וכל בית חולים קובע את דרכו שלו".

הועלה שגם לאחר שהמשרד פרסם את הסקר בפברואר 2008, הוא לא דן בממצאיו ולא הגדיר את תפקיד המלר"ד.

בהיעדר הגדרה לתפקיד המלר"ד, המשרד וגורמי פיקוח ובקרה אחרים לא יכולים לבחון מרכיבים חשובים בתפקודו של המלר"ד, הן בתחום הטיפול והן בתחום השירות לציבור. כך למשל, מן הבחינה המינהלית לא ניתן לקבוע פרק זמן סביר לשהייתו של חולה במלר"ד, שכן מטבע הדברים הוא יהיה קצר יותר במלר"ד שהגדיר את תפקידו כממייין בלבד, מאשר במלר"ד שהגדיר את תפקידו כמאבחן ומטפל בצורה נרחבת יותר. בהיעדר הגדרה גם לא יכול המשרד לבחון ולקבוע אם מלר"ד כלשהו עשה את כלל הבדיקות הראויות והמתאימות לכל פונה, שכן הבדיקות שונות בהתאם להגדרת המלר"ד בכל מרכז רפואי.

על פי מחקר בשם "תפיסת התפקיד של המלר"ד בבתי החולים סורוקה וברזילי בעיני הרופא הראשוני בקהילה", שפרסם ב-2005 המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, השוני בתפיסת תפקיד המלר"ד מטעה גם רופאים בקהילה, שכן לעתים קרובות הם משתמשים במלר"ד לקבלת ייעוץ רפואי נוסף בדבר מצבו של החולה, ולכן עליהם להכיר את תפקידו של המלר"ד ובכלל זה אילו בדיקות הוא מבצע ובאילו נסיבות. זאת ועוד, לדעת משרד מבקר המדינה, השוני בתפיסת תפקיד המלר"ד עלול לבלבל גם את הציבור המצפה לקבל שירות אחיד בכל המלר"דים. לכן על המשרד להשלים את עבודת המטה שהחלה בשנת 1997 הוועדה לקביעת סטנדרדים, ולהנחות את המלר"דים בהתאם.

56 ועדה שמונתה על ידי המשרד בשנת 1997 ופעלה בראשות ד"ר יצחק סבר, או ראש האגף לרפואה כללית.

הכנת קובץ נהלים והנחיות בתחום המלר"ד

בשונה משאר המחלקות הייעודיות של בית החולים, אל פתחו של המלר"ד מגיעים פונים הסובלים מסוגים רבים של תסמינים, שיכולים להצביע על בעיות רפואיות מסוגים שונים, והטיפול בהם צריך להיעשות בהתאם לפרוטוקולים הרפואיים המתאימים⁵⁷ לבעיה הרפואית המסוימת שאובחנה. לעבודה במלר"ד יש היבטים מינהליים ומקצועיים רבים שהם ייחודיים לעבודת המלר"ד, ועל המשרד לקבוע את אופן הטיפול בהם, ובכלל זה לקבוע אילו מהם יחולו רק על בתי החולים הממשלתיים שבניהול המשרד ואילו על בתי החולים האחרים. היבטים כאלה הם למשל הטיפול בפונים, הוראות בטיחות, היגיינה של הצוות, רישום חולים, תורנויות וכוננויות הרופאים, שחרור חולים וכיו"ב. לעתים על המשרד לצקת להנחיות תוכן אופרטיבי מן החקיקה והפסיקה, בדרך של קביעת נוהלי עבודה. לעתים מדובר בהנחיות קבועות התקפות לשנים רבות, שהן למעשה סטנדרדים מקצועיים קבועים בטיפול השוטף, ולעתים יש צורך לצייד את המלר"דים בהנחיות זמניות לאירועים הקשורים בנסיבות זמניות, שלאחריהן ההנחיות שוב אינן רלוונטיות. מכאן הצורך בעבודת מטה מטעם המשרד, שתקבע למלר"ד נהלים בסיסיים ודרכים לשילובם של נהלים נוספים, כגון נהלים זמניים, נוהלי בית החולים, נוהלי קופת חולים ופרוטוקולים רפואיים, וכן תגבש שיטה לעדכון הנהלים. כמו כן על המשרד לשקול לקיים פורום קבוע שתפקידו לעדכן את קובץ הנהלים בהתאם להתפתחויות טכנולוגיות, רפואיות, סוציו-אקונומיות וכיו"ב.

הועלה שהמשרד אכן יזום והפעיל בשנת 1997 עבודת מטה לקביעת נהלים בסיסיים להפעלת מלר"ד, אולם היא לא הסתיימה, לא הופק קובץ נהלים בסיסי, וממילא המלר"דים אינם עובדים לפי קובץ נהלים בסיסי שכזה, ואין גם פורום עדכון לנהלים שקשורים לעבודת המלר"ד ונקבעו במשך השנים. להלן הפרטים:

ב-1996 הקים ראש מינהל רפואה דאז ועדה לקביעת סטנדרדים למלר"דים, בראשות ראש האגף לרפואה כללית דאז ובהשתתפות נציגי אגפים שונים במשרד, מנהלי מלר"דים, אחיות מפקחות⁵⁸ במלר"דים ומומחים בתחומים הקשורים לעבודת המלר"ד (להלן - הוועדה). הוועדה החליטה כי התוצר שלה יהיה קובץ סטנדרדים שמטרתו בין היתר הם: להסדיר ולקבוע תנאים בסיסיים אחידים להפעלת מלר"ד, ובכלל זה בתחומי המבנה הפיזי, משאבי כוח אדם וציוד; לתת הוראות בסיסיות לקבלה ושחרור של פונים למלר"ד ולטיפול בהם; להסדיר קשרים עם גופים ארגוניים בתוך בית החולים ומחוץ לו; להבטיח איכות טיפול על ידי הגדרת מדדים לתפעול ובקרה. ב-1997 הכינה הוועדה טיוטת קובץ נהלים העוסקים בין היתר בנושאים האלה: מטרות המחלקה לרפואה דחופה; עקרונות מנחים לעבודה במחלקה לרפואה דחופה; כוח אדם; "מחלקת השהיה"⁵⁹; טיפול במקרים חריגים.

לא נמצא במסמכים כי הנהלת המשרד דנה בטיוטת קובץ הנהלים. בפועל, הטיפול בקובץ הנהלים נפסק, ועד היום (12 שנים לאחר כתיבתו) הוא לא הופץ כלל למלר"דים.

מנהל האגף לרפואה כללית דאז, שעמד בראש הוועדה, מסר באוקטובר 2009 למשרד מבקר המדינה כי בתום עבודה יסודית ומקיפה של הוועדה, הגיש לראש מינהל רפואה דאז טיוטה מלאה

- 57 כמעט לכל מחלה או בעיה רפואית יש פרוטוקול רפואי המתווה את הנורמה הרפואית המקצועית הנכונה לטיפול, וכולל בין השאר את הסימנים הקליניים לזיהוי הבעיה, הבדיקות הנדרשות, הטיפול התרופתי והזמנים הקריטיים לטיפול למניעת נזקים תמידיים ומוות.
מנהלות צוות האחיות במלר"ד.
- 58 תת-מחלקה במלר"ד, ובה מאושפזים פונים המיועדים לאשפוז אולם עדיין לא הועברו למחלקות האשפוז.
- 59

של קובץ נהלים, ומאז הוא לא שמע יותר אזכור כלשהו של טיטוט קובץ הנהלים, לא לחיוב ולא לשלילה.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה כי על אף חשיבותם, הנושאים שהיו אמורים להיות מוסדרים בקובץ הנהלים גם לא הוסדרו בדרך אחרת, ואינם מוסדרים עד היום.

משרד מבקר המדינה העלה שבהיעדר קובץ הנהלים האמור, אין אחידות בדרך שפועלים בה מלר"דים בתחומים רבים. להלן כמה דוגמאות:

1. לא מוגדרים תנאי מינימום למבנה הפיזי הדרוש להפעלת המלר"ד: המשרד לא קבע את השטח המינימלי למלר"ד בכלל ולכל אחת מהפונקציות המרכיבות אותו בפרט, לפי מאפיינים שונים של המלר"ד ובהם מספר הפונים אליו (עוד בעניין זה ראו בפרק "פעולות משרד הבריאות לתכנון המלר"דים בישראל").

2. המשרד הגדיר רק באופן חלקי את דרישות כוח האדם במלר"ד: אמנם נקבע תקן רופאים, אולם מדובר בתקן ישן (עוד בעניין זה ראו לעיל). אשר להכשרת כוח האדם המאייש את המלר"דים, הועלה שבשנת 1994 הקים ראש מינהל רפואה דאז ועדה נוספת, שנועדה להגדיר את ההכשרה המקצועית הנדרשת מרופאים המאיישים את המלר"ד. בוועדה הסתמנה הסכמה ששליש מהרופאים יהיו מומחים ברפואה דחופה, שלישי - מתמחים ברפואה דחופה, ושלישי - רופאים ממקצועות שונים שישרתו ברוטציה, אולם גם עבודת הוועדה הזו לא הושלמה, ומאז לא שב המשרד לעסוק בנושא. יתרה מכך, המשרד איבד את המסמכים שתיעדו את עבודת המטה של הוועדה, ולפיכך גם אם ירצה בכך, לא יוכל לחדש את עבודת הוועדה מהנקודה שנעצרה בה.

3. לא נקבע מה הציוד המזערי הנדרש להפעלת עמדה במלר"ד: המלר"ד כולל עמדות שונות - עמדת טיפול בישיבה, עמדת טיפול בעמידה ועמדת טריאז'. ראוי שיוגדר מה הציוד שחשוב שיימצא באופן קבוע בכל סוג עמדה, ומה הציוד שצריך להימצא בקרבת עמדה כך שתהיה גישה מהירה אליו. לא נקבע דבר בתחום זה. כך למשל לא נקבע היחס בין מספר המוניטורים⁶⁰ שצריכים להיות במלר"ד ובין מספר העמדות שבו, וגם לא נקבע אילו פונים חייבים להיות מנוטרים.

4. קיים חוסר בהוראות בסיסיות לקבלה ושחרור של פונים למלר"ד ולטיפול בהם: כך למשל, שיטת הטריאז' שהונהגה במלר"דים רבים לא עוגנה בהוראות בסיסיות שמחייבות קבלת פונים בשיטה זו, ושקובעות מי יכול לבצע טריאז', איך הוא אמור להתבצע, ואילו הכשרות וניסיון על מבצעי הטריאז' לרכוש (עוד על נושא זה ראו לעיל בפרק "כוח האדם במלר"דים").

יצוין כי רק לאחרונה ולקראת מועד סיום הביקורת (נובמבר 2009) פרסם מנכ"ל המשרד חוזר בעניין "חובת קביעת רופא אחראי לריכוז הטיפול והמעקב בפונה במחלקה לרפואה דחופה וחובת רישום פרטיו ברשומה הרפואית". עד לפרסומו של חוזר זה, שיטת העבודה במלר"דים בישראל לא חייבה לרכז את כל הטיפול בפונה בידי רופא אחד, ובפועל קורה שפונה למלר"ד מועבר מיועץ ליועץ מבלי שרופא אחד ירכז את ההחלטות לגבי הטיפול בו.

60 מוניטור - מסך אלקטרוני המשמש לנטר את מצבו של החולה על ידי מדידה רצופה של מדדים שונים כגון נשימה, דופק ואחוז החמצן בדם.

5. הקשרים בין המלר"ד לגופים אחרים בבית החולים ומחוץ לו אינם מוסדרים: כך למשל: מחלקות האשפוז בבית החולים צריכות לקלוט במהירות האפשרית פונים למלר"ד שהוחלט על אשפוזם, כדי למנוע עומס במלר"ד, אולם לא נקבעו הוראות בדבר חובתן של המחלקות לתת למלר"ד מענה בעניין זה; לא נקבע בתוך כמה זמן על המחלקות להקצות למלר"ד רופאים מומחים לבירורים שונים; מד"א הוא גוף חיצוני שיש לתאם עמו הסטת אמבולנסים בעת שהמלר"ד מלא, אולם דבר זה אינו מוסדר בנהלים, אלא מתואם בעל פה בין מד"א למרכז הרפואי.

6. אין הגדרת מדדים לתפעול ולבקרה: המלר"דים מפיקים נתונים רבים, שמעבודם ניתן בין היתר לנתח סיבות לבעיות במלר"ד ובכלל זה לעומס שבו, ולשפר את השירות לפונים. הנהלים הקיימים (הן פנימיים של בית החולים והן חיצוניים של משרד הבריאות או הנהלת הקופה) לא קובעים שעל בתי החולים לאסוף באופן שוטף נתונים כאלה.

משרד מבקר המדינה ציין כי בהיעדר סטנדרטים לא יכול המשרד לקיים בקרה על תחום הרפואה הדחופה, וקיים חשש שהשירות לציבור הפונים למלר"דים נפגע.

קביעת משכי זמן מרביים עד מתן שירות לפונים אל המלר"ד

משרד מבקר המדינה בדק בשלושה בתי חולים - העמק, סורוקה ותל השומר - אם וכיצד הוסדר השירות הרפואי שצריכות מחלקות אחרות בבית החולים לספק לפונים למלר"ד:

(א) הועלה ששלושת בתי החולים לא הסדירו נושאים הקשורים לשירות לפונים, ובכללם קביעת משך זמן מרבי עד בדיקת הפונה בידי רופא מומחה, משך זמן מרבי להשהיית פונה במלר"ד לאחר ההחלטה לאשפוז, משכי זמן מרביים לקבלת תוצאות בדיקות שנלקחו מפונים, ומשך ההמתנה המרבי לקבלת פונים במערך הדימות (C.T), רנטגן ואולטרה סאונד)⁶¹ ולקבלת ממצאי הדימות.

(ב) הועלה כי מנהל מלר"ד סורוקה הכין בשנת 2008 סדרת נהלים שנועדו להסדיר את יחסי הגומלין שבין המלר"ד למחלקות בית החולים ואת משכי הזמן המרביים לטיפול בפונים, בהתבסס על נהלים הקיימים במרכז רפואי אחר. בין היתר ביקש לקבוע משך המתנה מרבי להכנת מיטת אשפוז לפונה שבמלר"ד הוחלט לאשפוז, ומשכי המתנה מרביים ליעוץ ממומחי בית החולים ולבדיקות. ואולם הועלה שמנהל המלר"ד אמנם פנה להנהלת בית החולים בבקשה שתאשר את קובץ הנהלים, ושכל רופא המבצע משמרות במלר"ד יאשר שיפעל לפיו, אולם הנהלת בית החולים לא אישרה את הנהלים, וממילא בית החולים אינו פועל לפיהם.

הכללית השיבה בדצמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי במסגרת תהליך האקרדיטציה⁶² בבתי החולים שלה, נקבעה נורמה מחייבת למשך ההמתנה להתחלת טיפול במלר"ד, אולם למשכי הטיפול עצמו לא נקבעה נורמה בגלל סיבות רפואיות-משפטיות, למעט מקרים מיוחדים שקיימת בהם נורמה בספרות הרפואית.

61 או לקבלת שירות הדימות במלר"ד עצמו על ידי מכשיר רנטגן נייד.

62 אקרדיטציה - תהליך בחינה חיצוני שנעשה בחלק מבתי החולים בארצות מפותחות ובחלק מבתי החולים של הכללית, המעריך את איכות הטיפול תוך כדי מעקב אחרי כל שלבי הטיפול, במטרה לעודד שיפור איכות.

צמצום משך ההמתנה חשוב לשירות הפונים וגם להתמודדות עם העומס, ולכן על המשרד, הכללית ובתי החולים לפעול להסדרת משכי זמן מרביים לשירות הפונים למלר"ד, הן על ידי הצוות במלר"ד והן על ידי מחלקות אחרות בבתי החולים.

בתשובתה מינואר 2010 צרפה הכללית חוזר שפרסמה לאחר מועד סיום הביקורת, ובו נקבעו זמנים מרביים לבדיקה/אומדן במלר"ד וזמנים מרביים לבדיקה ראשונית על ידי רופא ואחות (חצי שעה) ולקבלת ייעוץ מהמחלקות (שעתיים). ואולם, על אף חשיבותם לצמצום העומס, לא נקבעו זמנים מרביים לביצוע בדיקות מעבדה ודימות וזמנים מרביים לקבלת תשובה מהם.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לשקול כתיבת הוראות דומות לבתי החולים הממשלתיים.

ריכוז הנחיות וחוזרי המשרד הנוגעים למלר"דים

כאמור, מזה שנים רבות מפרסמים אגפים שונים במשרד נהלים וחוזרים, כך שקיימים עשרות רבות של נהלים וחוזרים שפורסמו על ידי מינהל הסיעוד, מינהל רפואה, ושירותי אשפוז. חשוב לקטלג את הנהלים והחוזרים כך שהמשתמש יוכל למצוא בקלות ובמהירות את אלה שהוא זקוק להם. על אחת כמה וכמה חשוב הדבר במלר"ד, שבו דרושה לעתים קרובות עבודה מהירה ושהצוות בו מתחלף תכופות.

אמנם המשרד מפעיל אתר אינטרנט ובו מנוע חיפוש לנהלים ולחוזרים שהוא פרסם, אולם הנהלים באתר מקוטלגים לפי הגורמים במשרד שהכינו אותם, ולא לפי צורכי המשתמש. וכך, נהלים הנוגעים למלר"ד מפוזרים בין דפי אינטרנט של אגפי המשרד השונים, בלא שניתן לעיין במרכזו בכל אלה הנוגעים לעבודת המלר"ד, ובלא כל ודאות שתוצאות החיפוש יכללו את כל החוזרים בנושא המבוקש.

בבדיקה נמצאו באתר האינטרנט של המשרד גם מסמכים שאינם נהלים ואינם רלוונטיים, ובין היתר הוראות ישנות וחד-פעמיות. כך למשל נמצא שם מכתב מ-1983, ובו התבקשו מנהלי בתי החולים הממשלתיים להמציא פרטים על תנאי עבודתם של רופאי המלר"דים. נמצאו גם נהלים שהוחלפו על ידי נהלים אחרים, והשארם במערכת מעלה חשש שבשעת חיפוש, דווקא הם יאותרו ולא הנהלים העדכניים יותר. זאת ועוד, לצד חוזרים תקפים נמצאו במערכת הממוחשבת חוזרים שבוטלו; לעומת זאת נמצאו שחוזרים שאושרו זה מכבר לא פורסמו באתר. כך למשל, חוזר המשרד משנת 1998 בנושא "קווים מנחים לטיפול בהפרעות לסדר הציבורי ואלימות במחלקה לרפואה דחופה בבית חולים" אינו מופיע באתר האינטרנט של המשרד. יצוין כי בעקבות הביקורת הכניס המשרד את הנוהל הזה לאתר האינטרנט שלו.

עוד הועלה שחלק מן הנהלים לא הוקלדו למערכת ונשמרים בה כקבצים סרוקים, כך שכאשר מופעל חיפוש לפי מילת מפתח, בקבצים אלה הוא נעשה רק בכותרת שלהם, וכך עלול החיפוש להחטיא נהלים רלוונטיים.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, שהנהלים הנוגעים למלר"ד ניתנים לאחזור בכל עת על ידי הפעלת מנוע חיפוש באתר האינטרנט של המשרד.

אולם גם בבדיקה חוזרת של משרד מבקר המדינה עלה כי החיפוש לא אמין: כך למשל, חיפוש צמד המילים "חדר מיון" מציג 19 נהלים, ואילו צמד המילים "רפואה דחופה" (כאמור, לפי החלטת המשרד השם "חדר מיון" הוחלף בשם "מחלקה לרפואה דחופה") מתקבלים 12 נהלים בלבד. בין הנהלים שאינם מאותרים בחיפוש לפי צמד המילים "חדר מיון": "תפקיד העובד הסוציאלי במחלקה לרפואה דחופה", ובין הנהלים שאינם מאותרים בחיפוש לפי צמד המילים "רפואה דחופה": "חובת עיון של הרופאים במכתבי הפניה לחדר מיון".

עוד הועלה שכבר בשנת 2008 היה המשרד ער לחלק מהליקויים האלה, אך הוא לא טיפל בהם. להלן הפירוט: במהלך 2008 התקשר המשרד עם יועץ ארגוני למערכות איכות, וביוני 2008 המליץ היועץ למשרד לארגן את הנחיותיו כך שירוכזו בנפרד לכל תחום, ובכלל זה למלר"ד, ולגבש תכנית עבודה רב-שנתית להשלמת נהלים חסרים. אולם הועלה שההמלצה התגלגלה בין בעלי תפקידים שונים במשרד, ובמועד סיום הביקורת טרם נעשה דבר ליישומה.

מנהל האגף לארגון ושיטות במשרד מסר בספטמבר 2009 לנציגי משרד מבקר המדינה כי הנושא נבחן כחלק מפעולות לשיפור שביעות רצון הציבור, ולא כדי לברוק את יעילותו בקרב הצוות הרפואי האמור להשתמש באתר.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לשפר את ניהול קובץ ההנחיות, ובכלל זה ליצור פורמט אחיד לנהלים, כך שניתן יהיה לבצע חיפוש גם בתוכנם ולקטלג אותם לפי ראיית המשתמש.

אשר להסדרת פעילות המלר"דים בנהלים פנימיים של בתי החולים, הרי שבמפגשים של פורום מנהלי מלר"דים של הכללית נדון הצורך בפתרון טכנולוגי שיאפשר איתור מהיר של נהלים במלר"ד. הפתרון עליו הומלץ בפורום זה היה להקים אתר מחלקתי שיכלול בין השאר מידע בנושאים שונים, נהלים ומדדי איכות. משרד מבקר המדינה בדק את פעולתם של בתי החולים סרוקה, העמק ותל השומר לארגון וריכוז הנהלים לשיפור השימוש בהם על ידי צוות המלר"ד.

בתל השומר ובהעמק הועלו ליקויים בתחום זה: רמת ארגון הנהלים אינה מאפשרת שימוש יעיל העונה לצורכי המלר"דים. נמצא שנהלים רבים חסרים ונהלים אחרים אינם מעודכנים.

העמק אמנם מנהל אתר אינטראנט פנימי שמרוכזים בו נהלים וחוזרים ממקורות שונים, אולם הועלה שתיקיית המלר"ד באתר זה איננה כוללת את כל הנהלים והחוזרים שפרסם המשרד בנוגע למלר"דים. למשל, לא ניתן היה למצוא אף לא חוזר מנכ"ל אחד בנושא שפעת החזירים, אף על פי שעד מועד הבדיקה פרסם המשרד כבר מספר נהלים בנושא זה. יצוין שצוות המלר"ד אחראי לזיהוי ראשוני של המחלה ולנקיטת צעדים ראשוניים למניעת התפשטותה.

גם בתל השומר יש רשת אינטראנט פנימית ובה אתר נפרד של המלר"ד, שמרוכזים בו הנהלים שכתב מנהל המלר"ד לצוות הרפואי שלו. אולם הועלה שבאתר הנפרד של המלר"ד לא מופיעים נהלים וחוזרים של משרד הבריאות ושל צוות הסיעוד, המיוחדים לעבודת המלר"ד.

המשנה למנכ"ל תל השומר ציין בתשובתו מדצמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי בשנת העבודה הנוכחית יועלו לאתר האינטראנט הפנימי של המלר"ד כלל נהלי בית החולים וכן חוזרי מנכ"ל

ומנהל הרפואה של משרד הבריאות, וכמו כן ייבנה מנוע חיפוש יעיל אשר יאפשר איתור נהלים על פי הצרכים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על בתי החולים והמשרד לקיים דיונים משותפים על שיטות ניהול המידע ושיתוף הידע כדי לייעל תחום זה במלר"דים.

חוזרי משרד שנוגעים לענייני המלר"דים

הכנה של חוזר מטעם המשרד ראשיתה בהתעוררות הצורך בהסדרת נושא מסוים, והמשכה בתהליך ארוך ורב-שלבי שמעורבים בו בעלי תפקידים רבים. לעתים עשוי המשרד להחליט להפסיק את התהליך בעיצומו, אולם ראוי שבמקרים כאלה יתועדו הדיונים שעסקו בכך, ובכלל זה הנימוקים להפסקת התהליך.

הועלה שלא תמיד הקפיד המשרד על התייעצות עם גופים חיצוניים ופנימיים שיש להם נגיעה לחוזרים. עוד הועלה שאישור הפצת החוזרים הוא בידי ראש מינהל רפואה בלבד, בלא שהתהליך מתועד, ובכלל זה הנימוקים לאישור, דחייה או מניעה של הפצתם. ראוי כי בהכנת החוזרים תישמע גם דעתם של גורמים נוספים, ויישמרו המסמכים על כך.

נמצאו גם מקרים שהמשרד ניסה להסדיר בהם באמצעות חוזרים נושאים שהוא ראה חשיבות בהסדרתם, אולם בסופו של דבר הם לא פורסמו אלא תויקו כ"נהלים בהקפאה" בלא שאותו נושא הוסדר בדרך אחרת. כך למשל נמצא חוזר מספטמבר 2001 שעסק ב"חובת הוצאת סיכומי מחלה מודפסים", אולם הטיפול בחוזר הופסק (עוד על נושא זה ראו בפרק "רשומה רפואית במלר"ד").



סקרים ומחקרים הצביעו על הצורך להגדיר את תפקיד המלר"דים ועל הבעיות הנובעות מהיעדר הגדרה כזו. גם המשרד מצא שיש צורך בהגדרה כזו ואף הקים ועדה לשם כך, ואולם עבודת הוועדה הופסקה, והמשרד לא קבע דבר בעניין זה. המשרד הקים ועדה נוספת להכנת הנחיות בסיסיות למלר"ד, אולם גם עבודתה של ועדה זו הופסקה, והמשרד לא הכין קובץ הנחיות בסיסיות להפעלת המלר"דים וכתוצאה מכך נושאים חשובים עדיין לא הוסדרו. גם בתי חולים לא הסדירו נושאים שונים בעבודת המלר"ד. הועלה גם כי המשרד פרסם הנחיות להיבטים מסוימים בעבודת המלר"דים, אולם נמצאו ליקויים בניהול מאגר המידע המקוון שאמור לכלול הנחיות אלה, וכתוצאה מכך נפגעת הנגישות להנחיות. על המשרד לחדש את עבודת הוועדות בתחומי הגדרת תפקיד המלר"דים וההנחיות הבסיסיות לפעולתם, ולשפר את ניהול מאגר המידע המקוון בעניין זה.

הפיקוח והבקרה של משרד הבריאות על המלר"דים

1. תקן לפיקוח ובקרה: כאמור, על מנת לקיים פיקוח ובקרה על עבודת המלר"ד, על המשרד לקבוע מערכת סטנדרדים (רשימות תיג) שאליה יוכל להשוות את פעולת המלר"דים. אולם המשרד לא הכין מערכת שלמה של סטנדרדים לפעולת המלר"דים, וגם הנהלים הקיימים אינם מקיפים את כלל הנושאים הנדרשים כדי להסדיר את עבודתם. בתחומים שחסרים בהם סטנדרדים גם לא יכול המשרד לקיים בקרה. עוד הועלה כי גם בתחומים שהמשרד קבע בהם סטנדרדים, הוא לא קיים בקרה על עמידת המלר"דים בסטנדרדים אלה, שכן הוא לא שילב ברשימות התיג שלו בדיקה מול כל הנחיה שניתנה בחוזרים שפרסם למלר"דים.

2. תיאום בקרות: אחד מתפקידיו של משרד הבריאות כרגולטור בתחום הבריאות הוא לקיים פיקוח ובקרה על בתי החולים, ובכלל זה על המלר"דים הפועלים בהם. לשם כך מפעיל המשרד כמה בקרות שבמסגרתן הוא בודק גם את המלר"דים, ואלה העיקריות שבהן: (א) בקרה במסגרת מתן רישיון לבית חולים, המבוצעת בידי האגף לרפואה כללית (להלן - אגף רפואה), ועל פי תוצאותיה הוא ממליץ אם לחדש את רישיון בית החולים ולכמה זמן⁶³; (ב) בקרת איכות מטעם האגף להבטחת איכות במשרד; (ג) בקרה שמקיימים אגפי המשרד השונים בתחומי עיסוקם. לדוגמה, מינהל סיעוד במשרד מקיים בקרה על הכשרת כוח האדם הסיעודי בבתי החולים.

מסקירה שעשה משרד מבקר המדינה על הבקרות השונות עלה שהן אינן מתואמות בתכניהן ותכיפותן, ובכמה מהן אין כלל כיסוי לפעולות המלר"ד. כך, בחלק מהמקרים לא התייחסו הבקרות כלל למלר"דים, ובמקרים אחרים נבחן רק חלק מזערי מפעילות המלר"ד, כמפורט בהמשך.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון אפשרות לקיים שיתוף פעולה בין המחלקות שעוסקות בו בבקרה, כך שהבקרות תהיינה מתואמות ויחד עם זאת יקיפו יחד את מלוא פעילות המלר"דים כדי לתת תמונת מצב מלאה ושלמה על פעילותם.

בקרת המשרד לקראת חידוש הרישיון להפעלת בית חולים

החל משנת 2003 מפעיל האגף לרפואה כללית שבמשרד תהליך לבקרה ולרישוי של בתי החולים, שבין מטרתיו "יישום פקודת בריאות העם ופיקוח על רמת הפעילות בבתי חולים כלליים ובמרפאות כירורגיות פרטיות. מישוב"⁶⁴ המוסדות שנבדקו למען שיפור איכות הטיפול. רגולציה (הסדרה) ושינוי פעילויות המוגדרות ברישיון והמלצות לחידוש רישיון". בהתאם לממצאי הבקרה ממליץ צוות האגף לרפואה כללית לאגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים של המשרד, אם להאריך את תוקף הרישיון לבית החולים, ולמשך כמה זמן. ואכן, מינהל רפואה מגיש לאגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים המלצות לחידוש רישיונם של בתי חולים בעקבות הבקרות שהוא עורך, והיו מקרים שבגין ממצאי הבקרה, ההמלצה בהם הייתה מתן רישיון לפרק זמן קצר יותר מפרק הזמן הנהוג, שהוא שלוש שנים.

1. הבקרה שמפעיל אגף רפואה נמשכת על פני שנים רבות, והיא אינה בודקת בכל בית חולים את כל תחומי הפעילות ואת כל המחלקות. מכאן החשיבות לתיעוד מרוכז של פעולות הבקרה שנעשו

63 רותי פרוינד, מיכאל דור, יורם לוטן, איתן חבר, "תהליכי פיקוח ובקרה של בתי חולים כלליים ומרפאות כירורגיות פרטיות", הרפואה, 146 חוב' י"ב (דצמבר 2007), עמ' 935-938, ומשיחות עם אנשי מינהל הרפואה.

64 בתי החולים שעוברים את הבקרה מקבלים את תוצאות הבקרה למטרות תיקון ליקויים והתייעלות.

בכל שנה בכל בית חולים. תיעוד כזה יכול לסייע לאגף רפואה לתכנן ולנהל את פעולות הבקרה ביעילות, ובין היתר לא לחזור על בקרות שכבר בוצעו.

הועלה שאין בידי המשרד מידע מרוכז וזמין על בקרות שעשה לפני שנת 2008, ובכלל זה מידע על מועדי הבקרות, על בתי החולים שבוקרו, אילו מחלקות נכללו בבקרה ואילו פעולות בקרה נעשו.

בהיעדר המידע האמור ניתח משרד מבקר המדינה את כל דוחות הבקרה מתחילת שנת 2005 עד חודש יוני 2009 (ארבע וחצי שנים). נמצאו 63 דוחות בקרה הנוגעים ל- 53 בתי חולים ומרפאות; מבין 63 דוחות הבקרה שנסקרו, 30 עסקו בבתי חולים שיש בהם מלר"דים.

2. למשרד הבריאות אין נוהל הקובע את תקופת הרישיון לבית חולים, אולם אגף רפואה נוהג לתת לבתי חולים רישיון שתוקפו שלוש שנים. מכאן שבמשך התקופה שנבדקה (ארבע וחצי שנים) היה על אגף רפואה לקיים בכל בית חולים לפחות שתי בקרות.

ואולם, בארבעה בתי חולים שיש בהם מלר"ד (13% מבתי החולים שיש בהם מלר"דים) קיים אגף רפואה בקרה אחת בלבד בתקופה זו, והוא חידש את רישיונם לשלוש שנים נוספות בלא בקרה. מדובר בבתי החולים מאיר, הדסה עין כרם, שניידר ואיכילוב. בשאר בתי החולים בוצעו בתקופה זו שתי בקרות.

שיפור הליכי הבקרה לרבות בחינת מרכיבים מתהליך האקרדיטציה בבקרות הרישוי

בחלק מבתי החולים הכלליים בארץ ובעולם מקובל לעשות תהליך אקרדיטציה, שבין מטרותיו - לעקוב לדוגמה אחר החולה מרגע כניסתו למלר"ד עד שחרורו, ולאחר את הליקויים בתהליך. בדרך זו כוללת הבקרה את כל פעילות המלר"ד וגם את הממשק של המלר"ד עם שאר מחלקות בית החולים. האקרדיטציה בודקת את הרמה המקצועית של המלר"דים, כגון השכלה וכישורי עובדים, ואת השירות לפונים, ובכלל זה נגישות לטיפול והמשכיות טיפול, זכויות הפונה ומשפחתו והדרכתם. בסוף התהליך מוענקת לבית החולים תעודת אקרדיטציה. הכללית הפעילה תהליך אקרדיטציה בשלושה בתי חולים שלה שכבר קיבלו תעודת אקרדיטציה (העמק, מאיר וסורוקה). ארבעה בתי חולים נוספים שלה (כרמל, בילינסון, השרון וקפלן) נמצאים בתחילת התהליך.

האחריות הארצית על הסיעוד באגף לרפואה כללית במשרד, שמובילה את תהליכי בקרת הרישוי, ציינה בפני נציגי משרד מבקר המדינה כי עקרונות הבקרה של המשרד מבוססים על עקרונות תהליך האקרדיטציה.

ואולם הועלה שתהליך הבקרה שמפעיל המשרד בבתי החולים הממשלתיים אינו כולל את המרכיבים האמורים המקובלים באקרדיטציה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לשפר את הליכי הבקרה ובכלל זה לבחון את ישום תהליך האקרדיטציה גם בבתי החולים הממשלתיים ו/או לשלב חלקים מתהליך זה בבקרות הרישוי שעורך המשרד.

המשרד ציין בתשובתו כי הוא קיים עבודת מטה בראשות המנכ"ל וראש מינהל הרפואה, ושלה שני עובדים בכירים לשיקו לשם למידה ותצפית בתהליך. כתוצאה מעבודה זו, בתחילת 2010 יתחיל תהליך אקרדיטציה בחמישה בתי חולים ממשלתיים, ובהמשך יורחב לשאר בתי החולים.

הר"י השיבה למשרד מבקר המדינה, בנובמבר 2009, כי לא התנהל דיון מסודר ומעמיק בשיתוף כל הגורמים הרלוונטיים במערכת בדבר המתכונת הנכונה ליישום תהליכים אלה, לרבות השאלות כיצד ועל ידי מי הם יבוצעו. הר"י הוסיפה שיש צורך בשיתוף פעולה בין הר"י למשרד הבריאות לשם גיבוש התהליך ויישומו במערכת.

תכנון מועדי הבקורות בבתי החולים

ההיקף הרחב של פעילות בית חולים אינו מאפשר למשרד לקיים עליה בקרה מלאה. מכאן הצורך לתכנן ולנהל את פעולות הבקרה על מנת לייעל אותן, למנוע כפילויות וחזרות מיותרות בתחומים ובמחלקות שכבר בוקרו בעבר, ומכאן גם הצורך לעקוב אחר תיקון ליקויים שצוינו בבקורות קודמות.

כאמור, אין בידי האגף מידע מרוכז וזמין על בקורות שנעשו עד שנת 2008. גם הועלה שאין בידי תכנית רב שנתית לבקורות עתידיות. המשרד אמנם מודע לחשיבות הנושא, ואף הכין טבלה לתכנון הבקורות, אך היא לא מולאה מעולם. הטבלה תוכננה להכיל מידע על תאריכי תפוגת התוקף של הרישיונות של בתי החולים, ובהתאם - לקבוע תאריך לבקרה הקרובה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה ציין המשרד כי מדי שנה בחודש מאי נערכת תכנית בקרה שנתית. המשרד צירף לתגובתו את התוכנית לשנת 2010. מעיון בתכנית עולה שתוכננו 28 בקורות רישוי מנובמבר 2009 עד סוף 2010, אולם 15 מהן נקבעו למועד שאחרי תפוגת הרישיון.

אם המשרד רוצה ליצור קשר ברור בין הבקורות לחידוש הרישיון, עליו להסדיר זאת בנהלים, לעדכן את בתי החולים ולבצע את הבקורות במועד.

היקף הבקרה והפיקוח על המלר"דים בבקורות שמבצע המשרד

1. תהליך הבקרה כולל בין היתר הכנת רשימות תיוג ובהן פירוט הנושאים שייבדקו בכל תחום, אולם הועלה כי בין רשימות התיוג אין רשימה הנוגעת למלר"ד, ובצוות הבקרה אין מומחה בתחום הרפואה הדחופה. למעשה, למעט מספר נושאים מצומצם, המשרד לא מבצע בקרה יעודית לתחום המלר"דים.

2. צוות הבקרה בודק במחלקות בית החולים נושאים לפי רשימת התיוג. לדוגמה, ברשימת התיוג של עבודת האחיות נבדקים הנושאים: רשומה סיעודית, טיפול תרופתי, סביבת החולה, עגלות החייאה, אירועים חריגים, נהלים, פיתוח מקצועי ושחרור מטיפול.

ואולם, מאחר שהמחלקות הנבדקות נבחרות בכל בית חולים באופן אקראי, לעתים נושאים אלה, הקשורים גם למלר"ד, אינם נבדקים כלל במלר"ד עצמו כמסגרת אותה בקרה. יוצא, שלמעשה המשרד לא מבצע בקרה יעודית בתחומים חשובים של המלר"דים, מלבד נושאים שנבדקים במלר"ד בקביעות.

3. ציון כי מכיוון שהמחלקות לביצוע הבקרה נבחרות באורח אקראי, ומאחר שאין מעקב ותיעוד אחרי בקורות קודמות, ייתכן שנושאים מסוימים לא נבדקים במלר"ד במשך שנים רבות.

ואכן, בבדיקתנו עלה שבבית החולים כרמל למעט פעם אחת, בספטמבר 2008, בכל הבקורות שנעשו בו מראשית 2005 עד יוני 2009 לא נכללו תיקים מהמלר"ד בבחינת נושא הרשומות הסייעודיות שנעשתה כחלק מבקרת עבודת האחיות. מעולם גם לא נבחרה לבדיקה עגלת החייאה במלר"ד.

נמצאו מקרים שבקרת הרישוי לא כללה אף תחום שנוגע גם במלר"ד. כך למשל, בבקרה שבוצעה בבית החולים הדסה הר הצופים בשנת 2005 לא נבחר המלר"ד במדגם לבדיקה באף אחד מן התחומים הנבדקים במדגם, אלא רק בתחומים שנבדקים בקביעות, כגון רשומה רפואית ותקינת העובדות הסוציאליות במלר"ד, וממילא לא נכללו בדוחות ממצאים והמלצות שאינם בתחומים אלה בנוגע למלר"ד. מאחר שמדובר בבקרה המתקיימת אחת לשלוש שנים, המשמעות היא שהמלר"ד עלול לפעול למעשה כשש שנים בלא בקרה על נושאים רבים. זאת ועוד, כפי שיפורט בהמשך, גם כאשר עושה אגף רפואה בקרה במלר"ד, רק חלק קטן מהיבטי עבודת המלר"ד נבדקים, ומכאן שהיקף הביקורת במלר"דים נמוך עוד יותר.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, שראש מינהל רפואה מינה שני צוותים העוסקים בימים אלה בבחינת הנושאים שיבוקרו במהלך בקורות הרישוי, וייתכן שהמלר"ד יוכנס למסגרת זו.

בשנת 2005 עשה מנהל האגף לביקורת פנים של משרד הבריאות ביקורת פנימית בנושא "ביצוע נהלי עבודה במלר"ד", ובמסגרתה בדק את המלר"ד של תל השומר. בבדיקה עלה בין היתר כי בכל התיקים שנבדקו לא צוינה שעת שחרור החולה מהמלר"ד, בחלק מן התיקים הפרטים הסייעודיים לא היו שלמים, רשימת הרופאים הכוננים לא היתה מעודכנת במלואה, ולחלק מהרופאים התורנים שאישרו שחרור של חולים לא נמצא אישור שהם מוסמכים לכך, כנדרש בחוזר שירותי אשפוז (כיום מינהל רפואה). לאחר אותה ביקורת פנימית, בנובמבר 2005, הורה ראש מינהל רפואה דאז לאגף לרפואה כללית לכלול בבקורות את הנושאים שנמצאו בהם ליקויים. בין היתר הורה במפורש לבדוק את ניהול רשומה רפואית במלר"ד, את שחרור פונים למלר"ד רק על ידי המוסמכים לכך ואת פרסום רשימות תורנים וכוננים במלר"ד.

ואולם הועלה שאגף רפואה לא הוסיף לרשימות התיוג את הנושאים שהורה לו ראש מינהל רפואה, וממילא לא קיים בקרה בתחומים אלה.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, שלרשימת התיוג הוכנסו שתי אמות מידה: קיומם של אישורים המסמיכים רופאים תורנים לאשר שחרור חולים מהמלר"ד, וקיומה של רשימת רופאים תורנים גלויה לכול במלר"ד. משרד מבקר המדינה ציין שאלה לא כל הנושאים שראש מינהל רפואה דאז הורה לכלול ברשימות התיוג.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד לקיים עבודת מטה לקביעת היקף ותדירות הבקרה על המלר"דים, ובכלל זה לקבוע מהם הנושאים שחשיבותם מחייבת בדיקה קבועה (בכל בקרה), ואילו נושאים ניתן לבדוק במסגרת הבדיקה האקראית. בכל מקרה ממליץ משרד מבקר המדינה לקבוע רשימת תיוג שתקיף את כל פעילות המלר"ד. גם רצוי שבצוות הבקרה יהיו בעלי מקצוע בתחום הרפואה הדחופה.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, שההצעה לבדוק את המלר"דים כתחום בפני עצמו ולא כחלק מבקרה רוחבית בבתי החולים תשפר כמובן את הליך הבקרה ותוכל להצביע על ליקויים שקשה לחשוף בבקרה רב-תחומית ורוחבית. יישום הצעה זו תלוי בתקינת כוח אדם ותוספת אנשי מקצוע לביצוע בקרות.

בקרה של המשרד לשם הבטחת איכות במלר"דים

בשנת 1993 הקים המשרד אגף להבטחת איכות, ובין מטרותיו: לאסוף ולנתח נתונים לצורך זיהוי בעיות; לבנות תכנית התערבות וליישמה; לבצע איסוף נתונים חוזר כדי לבחון את השפעת ההתערבות, ולהכניס תיקונים לפי הצורך. תהליכי הבטחת איכות הם תהליכים משלימים לתהליכי הפיקוח והבקרה. משרד מבקר המדינה בדק אם וכיצד הפעיל המשרד תכניות להבטחת איכות במלר"דים.

הועלה כי בין השנים 1993-2009 לא התבצע על ידי המשרד אף תהליך כולל של בקרת איכות במלר"דים, וזאת אף על פי שחלק מתהליכי הבטחת האיכות ניתנים לביצוע בעזרת מסדי נתונים שקיימים כבר בבתי החולים. עוד הועלה כי האגף להבטחת איכות זיהה את הצורך בתהליך הבטחת איכות במלר"דים, ובשנת 1999 הוא אף תכנן לבצע תהליך כזה, וגיבש לשם כך מערך מחקר הכולל שאלון. ואולם התהליך נעצר באותה השנה עוד לפני שהחל, ומאז לא נעשתה כל פעילות בתחום זה. לא נמצאו במסמכי המשרד נימוקים לעצירת התהליך.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, כי לשנת 2010 מתוכנן מבדק איכות כולל בתחום המלר"דים.

ניהול ידע

על מנת לשפר את הטיפול הרפואי והשירות הניתן במלר"דים ראוי היה שהמשרד כמיניסטריון יעסוק בניהול ידע בתחומים הנוגעים לעבודת המלר"דים בארץ ובעולם, ובמסגרת זו ירכז ידע ממקורות שונים ובכלל זה מבתי החולים בארץ, מקבילות ותלונות שהוגשו לנציבויות השונות על ידי הציבור, מאירועים חריגים וכו', ינתח את המידע שרוכז על ידו, יחליט על הצעדים הנדרשים בעקבות ריכוז וניתוח הידע, ויטמיע אותו בכלל המלר"דים בארץ.

פיקוח ובקרה פנימיים של בתי החולים על איכות הטיפול במלר"דים

על צוות המלר"ד לבצע אבחון וטיפול רפואיים לכל אדם הפונה למלר"ד. לכל סוג של פנייה (סוג התלונה, גיל הפונה וכיו"ב) יש סדר פעולות קבוע שעל הצוות הרפואי לבצע בהתאם לנקבע בספרות הרפואית.

להלן כמה דוגמאות לבקרות שניתן לבחון באמצעותן את איכות הטיפול הרפואי במלר"ד, כפי שמסרו מנהלי מלר"דים לנציגי משרד מבקר המדינה: 1. בחינת פניות חוזרות אל המלר"דים, כדי לזהות ולטפל במקרים של שחרור פונים מהמלר"ד ללא אבחון נכון. 2. בדיקה מדרגמית של תיקי פונים, בחינה של כל הנתונים שנאספו בהם ממקורות שונים (רנטגן, מעבדה וכו'), והערכת האיבחון שהרופאים המטפלים עשו לפיהם. 3. השוואה של משך הטיפול בפונים לאשר נקבע בספרות

הרפואית כמשך הזמן המרבי בין הופעת התסמינים עד תחילת הטיפול. משך זמן מרבי זה הוא קריטי למניעת נזק או נכות לצמיתות. כך למשל, לפי פרסומים שונים, במקרה של שבץ מוחי ניתן להזריק תרופה ממיסת קרישים ולנסות למזער נזקים ארוכי טווח רק עד שש שעות מהאירוע; נקבע שיעילותם של תרופות באירוע של אוטם בשריר הלב יורדת ככל שהזמן עובר ו"שעת הזהב"⁶⁵ חולפת.

מכאן החשיבות שבתי החולים יקיימו ביקורת שוטפת בנושאים אלה בהתאם להנחיות המשרד, ושהמשרד, כרגולטור בתחום הבריאות, יודא קיומה של בקרה כזו ויקיים בקרה מדגמית מטעמו על איכות הטיפול הרפואי שמעניק צוות המלר"ד לפונים אליו.

הועלה כי המשרד לא קבע אילו פעולות של פיקוח ובקרה פנימיים על איכות הטיפול במלר"דים על בתי החולים לבצע בעצמם, וכיצד תתועדנה הבקורות הפנימיות כך שהוא יוכל לבדוק אותן. לדוגמה, המשרד לא קבע את דרך הבקרה של מנהל המלר"ד או מי מטעמו על תיקים רפואיים, את מספר התיקים הרפואיים שצריכים להיבדק, את זהות הבודק ואת אופן תיעוד הבדיקה. גם לא נמצא שהמשרד בודק במסגרת הבקורות שלו אם וכיצד מבקר בית החולים את המלר"ד שלו. בהקשר זה יצוין שבבתי החולים הממשלתיים אין מבקר פנימי, דבר שמחזק את חשיבות הבקרה שמבצע המשרד.

עוד הועלה שכל סוגי הפיקוח והבקרה שמבצע המשרד - בקרת רישוי והבטחת איכות - אינם בוחנים את איכות הטיפול, ובכלל זה אינם עוסקים בסדר הפעולות הנכון ובמשכי הזמן לאבחון וטיפול לפי סוג התלונה של הפונה. מכאן שהמשרד לא מפעיל כלל בקרה על המשתנים הקובעים את איכות הטיפול הרפואי במלר"דים, אלא בדרך של טיפול בקבילות שהוגשו לנציב קבילות הציבור במשרד, ושלדעתו של הנציב ראויות להקמת ועדת בדיקה.



תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור בתחום הבריאות כולל בין היתר פיקוח ובקרה על בתי החולים, ובכלל זה על המלר"דים הפועלים בהם. ואולם הועלה שבבקורות הרישוי שעורך המשרד כמעט שלא נכלל המלר"ד, ובמעט המקרים שנערכה בהם בקרה במלר"ד, היא נגעה בחלק קטן מאוד מעבודתו. למשרד גם אין מידע מלא על בקורות הרישוי שנערכו בעבר, ואין לו תכניות רב-שנתיות לבקורות עתידיות. בקורות הרישוי שמתבצעות על ידי המשרד לא כוללות מרכיבים בסיסיים שנכללים בתהליכי רישוי ואקדמיטציה אחרים בעולם. מאז הקמתו ב-1993 של האגף להבטחת איכות במשרד עד היום לא התבצע הליך של הבטחת איכות במלר"דים. לא נקבע אילו תהליכי פיקוח ובקרה פנימיים על בתי החולים לבצע, והתהליכים הקיימים של פיקוח ובקרה אינם מכסים את איכות הטיפול. על המשרד להעמיק את הבקרה במלר"דים, ולשם כך עליו לערוך רשימות תיוג לבקרה הנוגעות להיבטים משמעותיים בעבודת המלר"ד, ובכלל זה להיבטי השירות לאזרח והטיפול הרפואי.

תשלום תמורת שירות רפואי במלר"ד

לפי החוק, סל שירותי הבריאות כולל שירותים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח, ובהם גם תשלום לטיפול רפואי הניתן במלר"דים. התשלום נקבע בידי המשרד והוא כפוף לסייגים המפורטים בתוספת לחוק. במועד סיום הביקורת, נובמבר 2009, היה המחיר שקבע המשרד 601 ש"ח. תשלום זה עשוי לסייע בהשגת המטרות הבאות: להרתיע אזרחים מפניות מיותרות למלר"ד ולעודדם לחפש חלופות אחרות לטיפול רפואי במידה ובעייתם אינה דחופה; להשתתף במימון עלות הטיפול הרפואי.

1. עדכון זכאויות לפטור מתשלום: החוק מונה רשימת מקרים שהפונה זכאי בהם לפטור מלא מתשלום בגין פנייה למלר"ד, ובהם: מבוטח שפנה למלר"ד עם מכתב רפואי ו/או טופס התחייבות⁶⁶ ולא אושפז, מבוטח נפגע עבודה שאושפז, מבוטח נפגע תאונת דרכים, ועוד רשימה של 13 אירועים רפואיים⁶⁷. כמו כן נקבעו שני מצבים שהמבוטח זכאי בהם לפטור חלקי מתשלום ועליו לשלם אגרת מיון בלבד, שנכון למועד סיום הביקורת, נובמבר 2009, הייתה 147 ש"ח: פנייה למלר"ד בשעות הלילה בין השעות 1:00 ל-6:00 בבוקר, ופנייה שבדיעבד נמצא כי הייתה מוצדקת מבחינה רפואית למרות שאינה נכללת במסגרת הפניות המזכות בפטור מלא.

כיום, מבוטח שפונה למלר"ד ללא הפניית רופא וללא טופס התחייבות מקופת החולים שהוא מבוטח בה, מוחתם על התחייבות לתשלום כספי מלא. אם בסופו של דבר המבוטח לא ממציא טופס התחייבות מהקופה, ומתברר שהפנייה למלר"ד אינה כלולה באחד מהמקרים שמזכים בפטור חלקי או מלא מהתשלום, המבוטח מחויב בתשלום מלא.

חלק מקופות החולים הרחיבו את רשימת הזכאויות לפטור מלא או חלקי מתשלום עבור פנייה למלר"ד. כך למשל, מכבי הרחיבה את השעות שפונים צריכים לשלם בהן אגרת מיון בלבד גם לשעות שבין 23:00 ל-1:00, והכללית פוטרת מאגרה נשים בהריון שפנו למלר"ד בשעה שהמרפאה סגורה.

נציבות קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שבמשרד הבריאות (להלן - נציבת הקבילות) מבררת קובלנות של מבוטחים נגד קופות החולים, ולכן רשאי אדם להגיש לנציבות תלונה כשהוא חושב שחויב שלא בצדק בגין פנייה למלר"ד. לפי נתונים שאסף משרד מבקר המדינה מנציבת הקבילות, מבין כ-8,200 קובלנות שהתקבלו בנציבות מיולי 2007 עד יוני 2009, 499 (כ-6%) עסקו במלר"דים, כולן בנוגע לתשלום תמורת שירות במלר"ד.

הועלה כי על אף שלמשרד ידוע על פניות מרובות שרק לאחר התערבותו הוציאו להן קופות החולים טפסי התחייבות או הכירו בהן בדיעבד כפניות מוצדקות, המשרד לא פעל לבחינה מחדש או לעדכון של החוק. עוד הועלה כי פעולות המשרד ליידוע הציבור בנושא התשלום למלר"דים, הן על ידי המשרד עצמו והן על ידי בתי החולים, לוקה בחסר.

משרד מבקר המדינה סקר תלונות שהגישו מבוטחים לנציבת הקבילות נגד קופות החולים בגין אי-הוצאת טפסי התחייבות ובגין סירוב הקופות לאשר בדיעבד כי מדובר בפנייה מוצדקת ולהשתתף בתשלום למלר"ד למעט אגרת המיון.

66 טופס 17 – טופס התחייבות כספית מקופת החולים.

67 שבר חדש, פריקה חריפה של כתף או מרפק, פציעה הדורשת איחוי על ידי תפירה או אמצעי איחוי חלופי, שאיפת גוף זר לדרכי הנשימה, חדירת גוף זר לעין, טיפול במחלות סרטן, טיפול במחלת המופיליה, טיפול במחלת סיסטיק פיברוזיס, אישה שנתקפה צירי לידה, מי שפונה לבית חולים על ידי אמבולנס של מד"א מהרחוב או ממקום ציבורי עקב אירוע פתאומי, תינוקות עד גיל חודשיים המופנים עקב חום גבוה פתאומי (יותר מ-38.5 מעלות צלזיוס), חולי דיאליזה, מבוטח שהוא נפגע אלימות במשפחה או תקיפה מינית.

הבדיקה העלתה שיש תלונות חוזרות שהן בגדר תופעות שראוי היה שהמשרד ישקול להסדירן בדרך של שינוי החוק או בדרך אחרת, אולם המשרד לא פעל בדרך זו. להלן דוגמאות: קרה שקופות החולים סירבו לספק התחייבות למבוטחים שפנו למלר"ד ללא הפניית רופא בימי שישי אחרי הצהריים, בטענה שבחוק צוינו רק השעות 1:00-6:00 בבוקר - מקרים מעין אלה מעלים את הצורך בעדכון טווחי השעות שבחוק; אדם מבוגר שעבר שני התקפי לב וחמישה צינתורים ופנה למלר"ד, ללא הפניית רופא, לאחר שחש כאבים בחזה, חויב בתשלום מלא, ורק לאחר התערבות הנציבות חויב רק בתשלום האגרה - מקרה זה מדגים את הצורך לשקול לכלול ברשימת המקרים הפטורים מתשלום לא רק את חולי הסרטן והדיאליזה; אדם שפנה למלר"ד לאחר שהותז לתוך צבע כימי, וקופת החולים סירבה להתייחס למקרה זה כאל פנייה בגין גוף זר בעין, הפטורה מתשלום - מקרה זה מדגים את הצורך להכניס לחוק הגדרות מפורטות יותר שיצמצמו את מרחב התמרון של קופות החולים בבואן להחליט אם לשלם עבור הפנייה.

כאמור, ראוי היה שהמשרד יפעל לבחינת החקיקה בנדון ולשינויה במידת הצורך, כך שתכלול מקרים כאלה ותימנע פרשנות מצמצמת של קופות החולים, אולם הדבר לא נעשה. מכל מקום, ראוי שלאחר 15 שנה מקביעת רשימת הזכאויות לפטור, יבחן המשרד מקרים נוספים הזכאים לפטור כאמור, בעיקר לאור ריבוי התלונות בנדון. גם הר"י בתגובתה מנובמבר 2009, ציינה שעמדתה היא כי במקרים שאין בהם חלופת טיפול במסגרת הקהילה, יש לפעול למען פטור מתשלום תמורת השירות הרפואי במלר"ד.

2. פעולות המשרד ליידוע הציבור בעניין התשלום במלר"ד: כאמור, החוק הקובע את המקרים המקנים זכאות לפטור מלא או חלקי מהתשלום תמורת פנייה למלר"ד, מורכב ומכיל פרטים רבים. למרות זאת, עקב הסכומים הניכרים שהפונים למלר"ד מחויבים בהם כשאינם זכאים לפטור על פי החוק, יש ליידע את ציבור הפונים על משמעות החוק ועל הדרכים שיאפשרו להם להימנע ככל האפשר מתשלום כזה או אחר. מאחר שבדרך כלל הציבור נזקק למידע זה בעת שהוא שרוי במצוקה, חשוב שהמידע יהיה ברור וזמין. מכאן החשיבות שהמשרד יקבע את דרכי פרסום המידע לציבור החולים.

בסיוורים שערכו נציגי משרד מבקר המדינה במלר"דים של בתי החולים העמק, סרוקה ובתי חולים ציבוריים נוספים נמצא שהמידע האמור אינו קיים כלל או שהוא מוצנע ואינו גלוי לעיני הפונים. לכן ראוי שהמשרד ישקול לקבוע את היקף המידע שיימסר לפונים למלר"ד ואת הדרכים להצגתו, ובכלל זה ישקול להנחות את בתי החולים לפרסם את המידע באופן בולט בכל המלר"דים ו/או לחלק דפי מידע לכל פונה למלר"ד.

משרד מבקר המדינה בדק גם את הפעולות שנקטו כמה בתי חולים להביא לפני הפונים למלר"ד מידע בנושא התשלום, ולהלן הממצאים:

(א) בית החולים סרוקה: על מנת להביא מידע בנושא התשלום עבור פנייה למלר"ד, הכינה הנהלת סרוקה דפי מידע בעניין זה, המיועדים לחלוקה לפונים למלר"ד: דף הסבר כללי בנושא התשלום למבוטחי קופות החולים (להלן - דף ההסבר הכללי), דף הסבר לחייל, דף הסבר לנפגע תאונת דרכים, דף הסבר לנפגע תאונת עבודה ודף הסבר באנגלית לתייר שאינו מבוטח בקופת חולים. ואולם, במועד הביקורת, 19.10.09, לא נמצא במשרד הקבלה דף ההסבר הכללי, כך שהפונים למלר"ד באותו היום לא יכלו לקבל דף מידע זה. לא נמצאה גם כרזה הנושאת מידע כאמור, כך שהפונים למלר"ד לא יקיבלו כל מידע בעניין.

דף המידע הכללי סופק לנציגי משרד מבקר המדינה לאחר הביקורת במלר"ד סורוקה, ועיון בו העלה כי הוא אינו כולל הסבר על התנאים לזכאות לפטור חלקי וחיוב באגרת מיון בלבד. המסמך גם לא כלל הסבר בשפות ערבית ורוסית, אף על פי שבין הפונים לסורוקה רבים דוברי שפות אלה, ולחלקם זו אף שפתם היחידה. כמו כן, אין פירוט מלא של המקרים המקנים פטור מלא מתשלום. כך למשל, הפירוט לא כלל את מי שמופנה לבית החולים באמבולנס של מד"א מהרחוב או ממקום ציבורי עקב אירוע פתאומי.

מהנהלת בית החולים סורוקה נמסר שהם שוקדים על הכנת דפי הסבר חדשים.

(ב) בית החולים העמק: הועלה כי בהעמק המידע לפונים נמסר באמצעות כרזה התלויה לצד דלפקי הקבלה ועליה נוסח החוק, ללא הסברים או פרשנות, בעברית בלבד. הכרזה אינה כוללת מידע על תעריפון משרד הבריאות, אין בה מידע בשפות נוספות למרות הרכב אוכלוסיית הפונים, ואין מידע בעמדות ההמתנה. אף על פי שבדומה לבית החולים סורוקה גם בית חולים העמק שייך לכללית, לא נמסרים בו לפונים דפי מידע.

(ג) בית החולים תל השומר: הועלה כי בתל השומר לא נמסר כל מידע לפונים בנוגע למקרים שעל פי החוק פוטרים אותם מהתשלום, במלואו או בחלקו.

(ד) בתי חולים אחרים: נציגי משרד מבקר המדינה סיירו גם בבתי החולים ציבוריים וגם שם הועלה שלא נמסר בהם לפונים כל מידע בנוגע לתשלום תמורת פנייה למלר"ד ולמקרים שעל פי החוק פוטרים ממלוא התשלום או מחלקו. המידע היחיד שנמסר למבוטחים נוגע לחובת התשלום והסדרתו מול קופת החולים שהם מבוטחים בה.

בתשובתו של אחד מהם מדצמבר 2009 למשרד מבקר המדינה, נמסר כי "לאור הערת ביקורת המדינה, החלטנו להתקין בדלפק הקבלה של המלר"ד שלט שיפרט את רשימת המקרים שבהם חל, על פי הוראות משרד הבריאות, פטור מלא או חלקי מתשלום עבור טיפול במלר"ד".

ראוי שהמשרד ישקול לקבוע את מתכונת מסירת המידע לפונים למלר"ד ואת הדרכים להצגתו, ובכלל זה ישקול להנחות את בתי החולים לפרסם את המידע באופן בולט בכל המלר"דים ו/או לחלק דפי מידע לכל פונה למלר"ד.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, שהמשרד מקדם מזה שנים את פרסום אמות המידה למימון פנייה למלר"ד, והמשרד יבדוק את הצורך להכניס בעניין זה שיפורים.

פעולות משרד הבריאות לתכנון המלר"דים

1. על מנת להתאים את המלר"ד למספר הפונים אליו צריך לקבוע אמות מידה להיבטים פיזיים של מלר"ד, ובין היתר למספר עמדות הטיפול שיהיו בו. ואכן, בשנת 1997 עסקה ועדה מטעם המשרד, בראשות ראש האגף לרפואה כללית דאז, בקביעת סטנדרדים למלר"ד, והכינה טיוטת נוהל בנדון. על פי הוועדה, הקריטריון שהיה קיים בעת התכנסותה קבע כי על כל 2,000 ביקורים בשנה במלר"ד תוקם עמדה. הוועדה המליצה להכפיל קריטריון זה, כלומר להקים עמדת מלר"ד על כל 1,000 פניות. בטיטת מסמך ההמלצות ציינה הוועדה כי ועדה קודמת שעסקה בנושא המליצה כבר בשנת 1997 לשנות את הקריטריון, ולמעשה להכפיל את מספר עמדות המלר"ד.

כאמור, ממחקרים שונים ומדיווחים של מנהלי מלר"דים עולה שהעומס במלר"דים גובר אף על פי שמספר הפונים למלר"דים לא עלה משמעותית בשנים האחרונות, וזאת משום שהבעיות הרפואיות שהפונים סובלים מהן מורכבות וקשות יותר, בין היתר בגלל גיל הפונים, העולה עם העלייה בתוחלת החיים. מכאן החשיבות שהמשרד יקיים מדי כמה שנים הערכת מצב בתחום זה, כדי לקבוע קריטריון מושכל למספר העמדות במלר"ד ולכלל התקנים הנובעים ממאפייני הפונים למלר"דים.

הועלה כי המשרד לא בחן מדי פעם בפעם את הקריטריון שנקבע ולא פעל לשינויו לפי המלצות הוועדות. כאמור, עבודתן לא הושלמה, וממילא הסטנדרדים שהמליצו עליהם הוועדות מעולם לא פורסמו.

המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד פרסם באפריל 2007 חוברת הנחיות תכנון למחלקות אשפוז בבית חולים כללי⁶⁸. החוברת מאגדת הנחיות לבניית מחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים. היא עוסקת בתכנון האדריכלי של המחלקות ומקיפה את כל תחומי התכנון. ההנחיות גובשו על ידי ועדה מקצועית, שכללה אדריכלים, נציגים מבתי החולים ונציגי המינהל לתכנון, מתוך תפיסה כי איכות הטיפול מושפעת גם מגורמים פיזיים, וכי לתכנון יש השפעה ניכרת על יכולת התפקוד ורמת הנוחות של כלל המשתמשים - צוות העובדים, המאושפזים וקהל המבקרים. עיקרה של החוברת פירוט הנחיות למחלקת אשפוז טיפוסית, ובכלל זה מוקדש פרק נפרד לשינויים ותוספות המתחייבים מהתאמת מחלקה טיפוסית לייעודה הספציפי, כגון אורתופדיה, כירורגיה פלסטית ועוד.

בדומה למחלקות אחרות, תכנון מלר"דים דורש הנחיות מיוחדות לייעודו הספציפי של המלר"ד, כגון תכנון איזור פריקת אמבולנסים, תכנון איזור הטריאז', תכנון חדרי טראומה והלם ותכנון חדרי הדמיה.

בביקורת עלה כי בחוברת חסרות הנחיות בסיסיות המיוחדות למלר"דים, בדומה לאלה שפורסמו כאמור למחלקות אשפוז. סמנכ"ל בכיר וראש מינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד מסר בפברואר 2009 למשרד מבקר המדינה כי קיימת טיוטה של הנחיות לתכנון מלר"דים, והיא אמורה להתפרסם, אולם עד מועד סיום הביקורת (נובמבר 2009) היא עדיין לא פורסמה.

כמו כן, כאמור, טיוטת הסטנדרדים למלר"דים שגובשה בשנת 2007, ובין השאר גם הכילה עקרונות מנחים בנושא המבנה הפיזי של המלר"ד, לא פורסמה מעולם. העקרונות כללו מספר הנחיות בסיסיות בנושאים כגון מקום בתוך הסביבה העירונית, אפשרויות גישה, רווחת הפונה, מלוויו והצוות המטפל, ממדיה של עמדה, והיחס בין מספר עמדות השהייה למספר עמדות הטיפול.

על המשרד לפרסם בהקדם את ההנחיות הבסיסיות ולוודא שהמלר"דים עומדים בהן.

2. על מנת להתאים את המלר"ד למספר הפונים אליו יש צורך בקביעת אמות מידה להיבטים פיזיים במלר"ד, ובין היתר למספר עמדות הטיפול שיהיו בו. מספר העמדות המתוכננות במלר"ד צריך להתחשב בנתוני האוכלוסייה, ובכלל זה בגודלה ובצפי לגידולה, באפשרויות הרחבה עתידיות למלר"ד, במספר המיטות בשאר מחלקות בית החולים ובהימצאותם של מלר"דים נוספים וחלופות אשפוז באזור.

68 משרד הבריאות, הנחיות תכנון למחלקות אשפוז בבית חולים כללי, המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, אפריל 2007.

הועלה שהרחבה של קיבולת מלר"דים נעשית לעתים על ידי ציפוף המיטות בכל חדר בלא שיוגדל שטח המלר"ד. כך למשל, בבית חולים העמק נמצא כי אחד מחלקי המלר"ד (פנימי) שתוכנן ל-18 מיטות מכיל כיום 27 מיטות (50% יותר מהתקן המקורי). זאת ועוד, הועלה כי ציפוף המיטות נעשה על ידי חלוקת כל עמדה לשתי עמדות באמצעות וילון, והצבת עמדות נוספות במקומות שאינם ראויים לכך. במצב זה מתעורר חשש לפגיעה באיכות הטיפול הרפואי וברוחת הפונים, וכן להריגה מרישיון בית החולים הקובע את מספר העמדות המותר. כך למשל נמצא בעמדת מלר"ד פתח יניקה של מערכת המיזוג (ראו תמונה מס' 1), ונמצאה עמדת מלר"ד לבדיקות בישיבה, שחוסמת את אחד הפתחים לחדר ההלם⁶⁹, שצריך להיות פנוי למעבר מהיר, הן של מיטות חולים והן של אנשי צוות (ראו תמונה מס' 2).



תמונה 1



תמונה 2

השהיית פונים במלר"ד עקב חוסר מקום במחלקות אשפוז

העומס במחלקות האשפוז, בעיקר הפנימיות, יוצר מצבים שאין בהם אפשרות להעביר פונים שהוחלט על אשפוזם למחלקת האשפוז, ולכן הם נשארים במלר"ד במעין "מחלקת השהיה". הטיפול בפונים אלה דורש תכנון של מספר המיטות להשהיה במלר"ד, מכיוון שסביבת אשפוז שונה מסביבה של עמדת מלר"ד, בין השאר בנוחותן של המיטות למאושפז וביכולתן למנוע פצעי לחץ, תכנון של סביבת המיטות, כך שתימנע פגיעה בכבוד המאושפז ובפרטיותו, ותכנון שירותים ומקלחות לשהים בעמדות אלה. הצוות הרפואי במלר"ד גם אינו מיומן לטפל במי שאמורים להיות מאושפזים.

המדיניות לטיפול בהעברת פונים מהמלר"ד למחלקות אינה אחידה בבתי החולים בארץ. חלק מבתי החולים מעדיפים לפנות את המלר"ד גם אם כתוצאה מכך הפונה יצטרך לשהות במסדרון המחלקה, וחלק מבתי החולים מעדיפים להשאיר את הפונה במלר"ד עד אשר תתפנה מיטה במחלקה.

מסקירה שעשה משרד מבקר המדינה בבתי החולים העמק, סורוקה ותל השומר הועלה כי לכל בית חולים יש מידע גולמי על השהיית הפונים במלר"ד, ובבית החולים סורוקה אף קיימת מערכת מחשב המשמשת להתרעה על מקרים של השהיה מעל מספר שעות שנקבע, ולתחקור מקרים כאלה. בהעמק אין מידע מפורט על פונים מושהים, אולם בשני סיוורים שערכו נציגי משרד מבקר המדינה בהעמק נמצאו פונים מושהים בגלל חוסר מקום במחלקות האשפוז.

נוסף על כך הועלה שמנהל המלר"ד בסורוקה מקבל מדי בוקר מצוות קבלת הפונים של המלר"ד רשימה של הפונים שנמצאים במלר"ד יותר משמונה שעות. לדעת משרד מבקר המדינה, התייחסות מסוג שכזה עוזרת למנוע השהיות מיותרות של פונים במלר"ד.

במלר"ד בתל השומר יש מדור שמיועד להשהיה, אולם זה לא נועד לפונים שהוחלט לאשפז ולא מתאפשר להעלותם למחלקה, אלא לפונים שהוחלט להשהותם במלר"ד למספר שעות מוגבל לצורך מעקב וטיפול.

בביקורת עלה כי המשרד לא קבע הנחיות בנושא המושהים במלר"ד, בין היתר בתחום הציוד הנדרש למתן טיפול הולם לפונים אלה (כגון מיטות למניעת פצעי לחץ ושירותים סניטריים הולמים), בתחום כוח האדם (אחיות וכוח עזר) והכשרתו לטיפול במושהים, ובתחום ההבחנה בין סוגי הטיפול בפונה מושהה ובפונה אחר במלר"ד (פתיחת תיק, מעקב רפואי וכיו"ב). המשרד גם לא בדק במסגרת הבקורות שלו את השירות הרפואי שמקבלים פונים מושהים במלר"ד. בדיקה שעשו נציגי משרד מבקר המדינה בבית החולים העמק העלתה כי במלר"ד שלו יש שלוש מיטות אשפוז המיועדות למושהים, אך אין בהן די, כי מספר המושהים בפועל גדול הרבה יותר, ולכן מיטות במלר"ד נתפסות על ידי פונים כאלה.

עוד הועלה כי לא הוסדר נושא החיוב הכספי של המושהים במלר"ד. כך למשל, בבית חולים העמק פונים מושהים עדיין רשומים במערכת המחשב כפונים במלר"ד ולא כמאושפזים במחלקה, ומאחר שלא נקבע משך הזמן או סוגי הטיפולים והבדיקות שבתהליך המעבר מהמלר"ד להשהיה, לא נקבעה גם דרך חיוב הולמת.

בבדיקה שנערכה בבית החולים העמק על הפונים למלר"ד ביולי 2009 נמצא כי על פי רישומי המחשב שבמשרד קבלת הפונים של המלר"ד, 32 פונים שהו במלר"ד יותר מ-24 שעות, 19 מהם אושפזו ו-13 שוחררו לבתיהם. מנתונים שהוצגו לנציגי משרד מבקר המדינה על ידי הנהלת בית החולים התברר כי כמות המושהים במלר"ד מעל 12 שעות הולכת ועולה משנה לשנה מאז 2007⁷⁰.

המרכז הרפואי הלל יפה דיווח למשרד מבקר המדינה, במסגרת התייחסותו לדוח, כי גם אצלו קיימת תופעת השהיה בגלל תפוסת יתר במחלקות, ומתנהלים ויכוחים סביב נושא זה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון כיצד לצמצם את התופעה של השהיית פונים במלר"ד, ולהסדיר ולהבטיח בנוהל את שיטת הטיפול הראויה במושהים במלר"דים. על המשרד להסדיר גם את נושא הציוד וכוח האדם הדרושים לטיפול במושהים על ידי הקצאת המשאבים המתאימים ובקרה על קיום הנהלים.

מכתבי שחרור וסיכומי מחלה

כאמור, הטיפול והאבחון במלר"ד מתבצע על ידי אנשי צוות שמתחלפים בתדירות גבוהה במהלך היממה, ולעתים הרישום במלר"ד מצריך את התייחסותם והמשך טיפולם של רופאים במחלקות, רופאים בקהילה ועוד. כל זה מצריך רישום רפואי מפורט, מדויק וברור, ולשם כך עליו להיות מודפס ולא כתוב בכתב יד שלעתים אינו קריא.

בבתי החולים תל השומר והעמק הועלה כי מכתבי השחרור שנמסרים לפונים כתובים בכתב יד. בהעמק נסרק מכתב השחרור למחשב בית החולים לצורכי אחסון במחשב, אך אין זה תחליף למסמך מודפס. בסרוקה הועלה שמלבד מכתבי שחרור מהמיון הפסיכיאטרי, שאר מכתבי השחרור כתובים ביד. לרשות רופאי המלר"ד אמנם יש עמדות מחשב שמאפשרות להדפיס מכתבי שחרור, אך לא נעשה בהן שימוש. בידי סרוקה נשאר רק עותק של מכתב השחרור, שהוא אף ברור פחות ממכתב השחרור המקורי, והוא לא נסרק למחשב כפי שנעשה בבית החולים העמק, שגם הוא בית חולים של הכללית. יצוין שגם הבדיקה התפעולית שבוצעה בידי החברה החיצונית במלר"ד סרוקה, המליצה שכדי לפנות את הרופאים ממשיות משרדיות יש להכין מראש מכתבי שחרור לבעיות שכיחות ו/או ליישם טופס אוטומטי לשחרור פונים, אולם ההמלצה לא יושמה.

הנהלת סרוקה השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2009, כי בית החולים נמצא בשלבי היערכות לסריקת תיקי המלר"ד.

לדעת משרד מבקר המדינה, על בתי החולים לפעול כך שמכתבי שחרור יונפקו מודפסים בלבד, אם על ידי מציאת כוח אדם נוסף לשם כך, ואם על ידי מערכת מחשב שתאפשר הוצאת מכתבים כאלה על ידי הרופא המשחרר בזמן מזערי.

בתשובתה מדצמבר 2009 ציינה הכללית כי חטיבת בתי החולים של הכללית "תומכת בקביעת המבקר שיש להנפיק מכתבי שחרור מודפסים", ואף הוחל בניסיון ראשון לעשות כן באחד מבתי החולים שלה.

נמצא חוזר שהכין בספטמבר 2001 ראש מינהל הרפואה דאז, שעסק ב"חובת הוצאת סיכומי מחלה מודפסים", אולם הטיפול בחוזר הופסק. הועלה שהצורך בחוזר התעורר במיוחד לאחר תלונה של רופא בקהילה שטען כי סיכומי המחלה בלתי קריאים, והם עלולים "להביא את רופאי הקהילה לטעות בהנחיות של בית החולים ולסכן את בריאותם של החולים". הועלה גם שהטיפול בחוזר הופסק לאחר שהתקבלו תגובות ממנהלי בתי החולים סרוקה ואיכילוב, ולפיהן במצבת כוח האדם הנוכחית שלהם אין באפשרותם לעמוד בהנחיה כזאת. בית החולים לגליל המערבי בנהריה ציין בתגובתו מנובמבר 2009, כי ישום רשומה ממוחשבת אמנם אינו קל אך לא בלתי אפשרי.

זאת ועוד, לא נמצאו מסמכים המלמדים על החלטה רשמית להקפיא את החוזר, ומכאן החשש שמצד אחד המשרד לא מקדם את החוזר כדי לא לתקצב את עלותו, ומצד אחר הוא אינו מבטל אותו רשמית כדי לא ליצור רושם שהחוזר אינו חיוני. בסופו של דבר הנושא אינו מוסדר וגם כיום כל המלר"דים שנכללו בביקורת⁷¹ מוציאים סיכומי מחלה כתובים ביד ולא מודפסים.

חשיבות הטיפול בנושא זה עולה גם מעיון בקבילות שהוגשו למשרד הבריאות. כך למשל, בתשובה לקבילה ענה ביוני 2009 מנהל יחידת ניהול סיכונים במרכז הרפואי קפלן של הכללית כי "קיימת אכן בעיה עם כתב ידם של רופאים רבים... אני מסכים לחלוטין שעל הרופאים לעשות כל מאמץ לכתוב בכתב יד קריא, אשר לא יחייב מאמץ מיוחד לפענוח הכתוב במכתבי השחרור מחדר המיון. אנו חוזרים ומעירים לרופאים העובדים בחדר המיון על כך".

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד ישקול להורות לבתי החולים להשתמש ברישום ממוחשב של מכתבי שחרור מהמלר"דים. לשם כך על המשרד לקבוע דרכים ליישום הנחיה זו, בין אם על ידי הטמעת מערכת מחשב שתאפשר לרופאים הוצאת מכתבי שחרור ממוחשבים על ידי אפשרויות בחירה של תבניות מכתב שגורות, ובין אם על ידי תוספת כוח אדם להדפסת מכתבי השחרור מיד עם כתיבתם על ידי הרופאים.

המשרד מסר בתגובתו מדצמבר 2009, שבעת הזאת מונה במינהל הרפואה צוות שיעסוק בהגדרת תקן למכתב שיחרור פונה מהמלר"ד.

סיכום

המלר"ד הוא אחד הממשקים החשובים בין הקהילה לבתי החולים ובין בית החולים למחלקות האשפוז, והוא אחת המחלקות העמוסות בבתי החולים. ההוצאה הציבורית על טיפול רפואי במלר"דים היא למעלה ממיליארד ש"ח בשנה. כל אלה מדגישים כמה חשוב לייצל את עבודת המלר"ד ולהסדירה.

ראוי שבתי החולים יבצעו מדי פעם תהליך של איסוף וניתוח מידע על העומס במלר"ד, ויפעלו להקל על העומס - הן בטיפול בגורמים לעומס והן בשיטות להתמודדות עם העומס, למשל על ידי הוספת כוח אדם בשעות העומס כפי שנעשה בתל השומר.

בשל העומס במלר"דים ובמחלקות האשפוז, פונים רבים אינם מתאשפזים במחלקות אלא מושהים במלר"ד. בשל ריחוקם מהמחלקה בה הם צריכים להתאשפז, ובשל המטלות האחרות שעל צוות המלר"ד לבצע מלבד הטיפול בהם, הטיפול בפונים אלה קשה במיוחד ומחייב הסדרה. אולם המשרד לא קבע הנחיות בנושא המושהים במלר"ד, בין היתר בתחום הציווד הנדרש לטיפול הולם בפונים אלה. על המשרד להסדיר תחום זה.

71 וולפסון, תל השומר, רמב"ם, העמק, סרוקה ובתי חולים ציבוריים נוספים.

יש תופעה של שימוש במלר"דים לצורך רפואה ראשונית, והדבר גורם לעומס רב על המלר"דים. המשרד עשה בנושא זה סקר שנגע לשלושה סוגי אוכלוסייה המרבים לפקוד את המלר"דים. הסקר כלל המלצות, אולם המשרד לא קיים דיון על ממצאי הסקר ולא קיבל החלטות בהתאם. אחת מהדרכים להקלת העומס במלר"דים היא למנוע פניות מיותרות לקבלת שירותי רפואה ראשוניים במלר"ד, באמצעות מוקדים לרפואה דחופה בקהילה. הועלה כי המשרד לא הסדיר את עבודת המוקדים ואף לא קבע להם חובת רישוי. המשרד גם לא אסף מידע על שיטות הפעולה של המוקדים, אף על פי שאימוץ שיטות אלה עשוי לייעל את עבודת המלר"דים. על המשרד לבחון דרכים להפחתת העומס במלר"דים, ובכלל זה לבחון את המלצות הסקר שהוא עצמו עשה בנושא.

תמהיל הרופאים במלר"ד מורכב ברוב שעות היממה ממתמחים שאינם חלק אורגני מצוות המלר"ד, והדבר פוגם באיכות הטיפול שניתן בו. הועלה כי גם בתחום זה הקים משרד הבריאות ועדה, בשנת 1994, וזו כחנה את תמהיל הרופאים במלר"ד אולם לא השלימה את עבודתה. כיום פועלים המלר"דים בתחום זה ללא תקינה מטעם המשרד, ועל המשרד להסדירו.

על המשרד לפתור את המחלוקת העקרונית לגבי איש המלר"דים במומחים ומתמחים ברפואה דחופה ובתחומי רפואה אחרים.

על המשרד לעקוב אחר מספר המומחים והמתמחים ברפואה דחופה, כדי לזהות מראש מחסור בהם. כמו כן עליו לעודד רופאים לפנות להתמחות ברפואה דחופה ולשקול חובת העסקה של מומחים ברפואה דחופה במלר"דים.

מינהל הסייעוד לא קיים בקרה על יישום הנוהל בנושא ההכשרה של אחיות אחראיות משמרת במלר"ד. על המשרד לבחון אם לחייב אחיות בעלות ותק מקצועי ניכר בקורס על-בסיסי. על המשרד ונש"ם להשלים את עבודת המטה ולעדכן את תקני כוח האדם הרפואי והסייעודי במלר"דים. על המשרד לפקח על הכשרת הצוות הרפואי והסייעודי במלר"ד.

המשרד קבע כי שחרור פונים מהמלר"ד יכול להתבצע רק על ידי רופאים בעלי הכשרה מתאימה או בעלי אישור מיוחד לכך. נמצא כי בעבר נדרשה מרופאים שהורשו לשחרר חולים הכשרה גבוהה יותר מהיום. עוד נמצא כי בפועל, גם רופאים שאינם רשאים לעשות כן, משחררים פונים מהמלר"ד. על המשרד לבדוק את המצב הקיים והשלכותיו, ובמידה ויעלה צורך בכך, להעלות את דרג המורשים לשחרר פונים ולמצוא לכך את התקציב המתאים.

סקרים ומחקרים הצביעו על הצורך להגדיר את תפקיד המלר"ד ועל הבעייתיות הנובעת מהיעדר הגדרה. גם המשרד מצא שיש צורך בהגדרה כזו, ואף הקים לשם כך ועדה. ואולם בסופו של דבר עבודת הוועדה הופסקה, והמשרד לא קבע דבר בעניין זה. המשרד הקים ועדה להכנת הנחיות בסיסיות למלר"דים, אולם גם עבודתה של ועדה זו הופסקה, ולמשרד אין קובץ הנחיות בסיסיות להפעלת מלר"דים. גם הועלה כי המשרד פרסם ומפרסם הנחיות הנוגעות לעבודת המלר"דים, אולם נמצאו ליקויים בניהול מאגר המידע המקוון שאמור לשמש את הצוות המקצועי שהנחיות אלה מיועדות לו. על המשרד לחדש את עבודת הוועדות בתחומי הגדרת תפקיד המלר"דים וההנחיות הבסיסיות לפעולתם, ולשפר את ניהול מאגר המידע המקוון שהוא מנהל. על המשרד, הכללית ובתי החולים לפעול לקביעת רף עליון למשכי הזמן עד מתן שירות לפונים למלר"ד, הן על ידי הצוות במלר"ד והן על ידי מחלקות אחרות בבתי החולים. לדעת משרד מבקר המדינה, על בתי החולים והמשרד לקיים דיונים משותפים בנוגע לשיטות ניהול המידע ושיתוף הידע כדי לייעל תחום זה במלר"דים.

תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור בתחום הבריאות כולל בין היתר פיקוח ובקרה על בתי החולים, ובכלל זה על המלר"דים הפועלים בהם. ואולם הועלה שבבקורות הרישוי שעורך המשרד כמעט שלא נכלל המלר"ד, ובמעט המקרים שנערכה בהם בקרה כלשהיא במלר"ד, היא נגעה לחלק קטן מאוד מעבודתו. למשרד אין מידע מלא על בקורות הרישוי שנערכו בעבר ואין לו תכניות רב-שנתיות לבקורות עתידיות. בקורות הרישוי שמתבצעות על ידי המשרד לא כוללות מרכיבים מרכזיים שמבוצעים בתהליכי רישוי ואקדמיטציה אחרים בעולם. מאז הקמתו של האגף להבטחת איכות במשרד ב-1993 לא התבצע הליך של הבטחת איכות במלר"דים. לא נקבע אילו תהליכי פיקוח ובקרה פנימיים על בתי החולים לבצע, וגם התהליכים הקיימים של פיקוח ובקרה אינם נוגעים באיכות הטיפול. על המשרד להעמיק את הבקרה במלר"דים, ולשם כך עליו להכין רשימות תיוג לבקרת היבטים משמעותיים בעבודת המלר"ד ו/או לדאוג לכך שרשימות התיוג הקיימות ישמשו גם לבדיקת המלר"דים.

בחוק נקבעו סדרי התשלום בגין פנייה למלר"ד, אולם הגדרות החוק אינן מתאימות לכלל המקרים ושורת אי-בהירות בתחום זה. למשרד הגיעו פניות רבות של מבוטחים נגד קופות החולים בנוגע לאי-החזר תשלומים על ביקור במלר"ד, והמשרד מצא שרבות מהפניות מוצדקות, ויש להן מכנים משותפים המצדיקים שינוי החוק, אולם המשרד לא פעל לעדכון החוק בנושא זה. עוד הועלה כי פעולות המשרד ליידוע הציבור, על ידי המשרד עצמו ועל ידי בתי החולים, בנושא התשלום למלר"דים לוקה בחסר. על המשרד לפעול לעדכון החוק בהתאם וכן לפרסם מידע לציבור במלר"דים עצמם.

המשרד לא פרסם עד היום הנחיות בסיסיות בנוגע לתכנון והצטיידות מלר"דים. על המשרד להשלים במהירות האפשרית את התקנים בנושא הקמת מלר"דים.