

בינוי ותשתיות במערכת הבריאות

תקציר

שירותי הבריאות בישראל - הן שירותי האשפוז בבתי החולים והן שירותים בקהילה, במרפאות קופות החולים - ניתנים בדרך כלל במתקנים רפואיים. הגידול באוכלוסייה, העלייה בתוחלת החיים והעלייה במספרם של הקשישים, ולצד אלה גם השתכללות הרפואה, מחייבים להקים מבנים חדשים (להלן - פיתוח, בינוי), וכן להשקיע בתחזוקת המבנים הקיימים ולשכללם (להלן - תחזוקה¹). לרמת הבינוי ולשיטת אחזקתו השפעה על איכות שירותי הרפואה ועל בטיחותם ורווחתם של החולים, המלווים והסגל הרפואי.

מערכת הבריאות הציבורית² מוציאה מעל מיליארד שקלים בשנה, כל שנה, לצורכי פיתוח ותחזוקה. ב-2010 השקיעו המרכזים הרפואיים הממשלתיים לבדם כ-163 מיליון ש"ח מתקציבם בפיתוח ובתחזוקה; נוסף על כך השקיעו³ כ-520 מיליון ש"ח מתרומות וממקורות נוספים⁴, שירותי בריאות כללית השקיעה ב-2010 כ-208 מיליון ש"ח בפיתוח בתי החולים שבבעלותה, גם הוצאות הפיתוח בבתי החולים הציבוריים בירושלים - הדסה ושערי צדק, נאמדות בקרוב ל-400 מיליון ש"ח בשנה. עם זאת, צורכי הפיתוח והתחזוקה של מערכת הבריאות הציבורית דורשים סכומים גדולים הרבה יותר (הפערים נאמדים במיליארדי שקלים; לפי אחת ההערכות של משרד הבריאות משנת 2012, מערכת הבריאות הממשלתית זקוקה בדחיפות לכ-2.5 מיליארד ש"ח בתחומי הבינוי והתשתיות, וזאת ללא חישוב ההוצאות למיגון כל בתי החולים ולתוספת מיטות).

המקורות הכספיים העומדים לרשותה של מערכת הבריאות הממשלתית הולכים ומצטמצמים. למשל, ב-2009 עמד התקציב שהקצה משרד הבריאות לבינוי ותשתיות בבתי החולים הממשלתיים על כ-168 מיליון ש"ח, ואילו ב-2013 הוא יעמוד על כ-73 מיליון ש"ח בלבד (קיצוץ של כ-57% בחמש שנים). במשך שנים אין משרד האוצר נותן מענה למחסור התקציבי האדיר הקיים כאמור לעומת צורכי הפיתוח והתחזוקה במערכת הבריאות הציבורית. ננקטים פתרונות נקודתיים בלבד, שאין ברובם חשיבה מערכתית לאומית, ומנהלי בתי החולים נאלצים לגייס תרומות מחו"ל.

פעולות הביקורת

על רקע המצוקה התקציבית הקשה בתחום הבינוי והתשתיות, משרד מבקר המדינה בדק וסקר בחודשים פברואר-ספטמבר 2012 את הנושאים הבאים: מצב התשתיות בבתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריראטריים הממשלתיים ובמוסדות

- 1 תחזוקה בהקשר של דוח זה היא המילה שנקבעה למונח Maintenance. פירושה כלל הפעולות שנועדו להחזיק נכס כלשהו במצב תקין - מבנה, מתקן, מכונה ועוד.
- 2 קופות החולים, בתי החולים הממשלתיים, בתי החולים הציבוריים ואלה של שירותי בריאות כללית.
- 3 לדוגמה, בהקמת בניין הלב ובית חולים חירום במרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב) ובית חולים חירום תת-קרקעי ברמב"ם בחיפה.
- 4 הנתונים מתוך הדוח הפיננסי לשנת 2010 של משרד הבריאות.

רפואיים ממשלתיים נוספים (כגון תחנות לבריאות הנפש בקהילה); רמת המיגון לעתות חירום בבתי חולים ורמת המוכנות של התשתיות לשרפות ורעידות אדמה; סדרי תקצובן של תכניות הפיתוח והתחזוקה של בתי החולים הממשלתיים; פעילות ועדת הפרויקטים⁵ של משרד הבריאות; פעולות משרד הבריאות להגדלת המקורות הכספיים לפיתוח ותחזוקה של בתי החולים הממשלתיים; סדרי פעולות קופות החולים ומשרד הבריאות באסדרה (רגולציה) של תקציבי הפיתוח של ארבע קופות החולים; סדרי הקצאתם של שטחים ייעודיים לבניית מרפאות של קופות החולים בערים חדשות ובשכונות חדשות; ואת סוגיית הרישוי מטעם הרשויות המקומיות להפעלת מרפאות רופאים עצמאיים בבתי מגורים. כן נבדקו סוגיות הקשורות לתכנון ולמיגון מבנים שמהם פועלות יחידות המשרד, וכן סדרי ההתקשרויות של המשרד עם מומחים חיצוניים לשם תכנון פרויקטים וביצועם.

הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן גם - המשרד), בעיקר במינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה (להלן - המינהל לתכנון), בכמה לשכות בריאות מחוזיות⁶, בכל בתי החולים הממשלתיים לאשפוז כללי (11 בתי חולים), בכל בתי החולים הממשלתיים לגריאטריה (5 בתי חולים גריאטריים) ולבריאות הנפש (8 בתי חולים), בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), המפעילה גם 14 בתי חולים, במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ובלאוומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). בדיקות השלמה בוצעו בהנהלת משרד הפנים, בוועדה המיוחדת לתכנון ובינייה בעיר המתוכננת חריש ובנציבות שירות המדינה.

עיקרי הממצאים

הבינוי והתשתיות בבתי החולים הממשלתיים - תמונת מצב

לפיתוח ותחזוקה השפעה משמעותית על איכות שירותי הרפואה: כך למשל, במחלקות צפופות או רעועות קיים חשש לזיהומים ולפגיעה בכבוד החולים ובפרטיותם.

1. שימוש במבנים ישנים שאינם עומדים בדרישות משרד הבריאות למחלקות אשפוז ויחידות מודרניות: מהביקורת עולה כי רבות ממחלקות האשפוז והיחידות בבתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים הממשלתיים פועלות בבניינים ישנים, רעועים ומסוכנים, שתשתיותיהם רעועות ומבחינות רבות אינן עומדות בדרישות משרד הבריאות ממחלקות ויחידות מודרניות⁷; כי חלק מהמרפאות לבריאות הנפש בקהילה אינן

5 ועדה בין-משרדית המייעצת למנכ"ל משרד הבריאות בתחומי הבינוי והתשתיות, ובה חברים נציגי מחלקות המשרד ונציגי אגף התקציבים של משרד האוצר.

6 לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות מוציאות מהכוח אל הפועל את מדיניות המשרד, מספקות שירותים לבריאות הציבור ומפעילות שירותי רפואה מונעת לפרט במסגרת התחנות לבריאות המשפחה.

7 משרד הבריאות מפרסם נהלים ובהם הוא קובע למשל את מספר המיטות המרבי בחדר אשפוז ואת כמות חדרי השירותים והרחצה.

נמצאות במבנים ראויים; וכי שוררת צפיפות רבה במחלקות אשפוז רבות, ובעיקר במחלקות הפנימיות.⁸

בתי חולים כלליים: למשל, מנהל המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה בטבריה (להלן - פוריה בטבריה) דיווח למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 שהיחידה לטיפול נמרץ נשימתי ממוקמת במתחם המחלקה הכירורגית בחדר אחד שבו ארבע מיטות בצפיפות גדולה, ולכן קיימת סכנה ממשית של זיהומים, והם נאלצים לאשפז מטופלים הזקוקים לטיפול נמרץ נשימתי גם במחלקות אחרות; במרכז הרפואי הממשלתי אסף הרופא בצריפין נותרו צריפים מימי המנדט הבריטי, (בני יותר מ-65 שנה רבים מהם עם גגות אזבסט) אשר הוסבו למרפאות, מכונים, מחלקות אשפוז ומבנים לוגיסטיים. המרכז הרפואי מסר כי רמת הבינוי והתשתיות בצריפים ישנים אלו נמוכה משמעותית מהרצוי ומהמקובל.

במרכז הרפואי הממשלתי ע"ש הלל יפה בחדרה המחלקה לאשפוז פסיכיאטרי וכן המרפאה לבריאות הנפש למבוגרים עדיין פועלות בצריפים משנת 1957. המחלקה לטיפול נמרץ כללי פועלת בחדרים מאולתרים, שאינם מיועדים מלכתחילה לשימוש כזה, ויש בה חמש מיטות בלבד, אף שיש צורך ב-16-18 מיטות.

מרפאות קהילתיות לבריאות הנפש: נמצא כי חלק ממרפאות בריאות הנפש בקהילה נמצאות במבנים לא ראויים, בין השאר משום שהאחריות לפיתוחן ותחזוקתן נחלקת במקומות מסוימים בין משרד הבריאות לבין הרשויות המקומיות; חלק ממרפאות בריאות הנפש של המשרד נמצאות בבניינים ששטחיהם הציבוריים באחריות הרשויות המקומיות, ואולם חלקן אינן עושות דבר כדי לתחזקם. למשל, בביקור של נציגי משרד מבקר המדינה באפריל 2012 במרפאה לבריאות הנפש שמפעיל בעיר לוד המרכז הרפואי הממשלתי לבריאות הנפש באר יעקב, נמצא כי קומת הכניסה של המרפאה, שנמצאת בבניין של העירייה, אינה מתוחזקת כלל. התקרה האקוסטית במקום הרוסה, חוטי החשמל חשופים וניכר כי לא מתבצעות שם פעולות ניקיון.

2. השפעת החלטות על סגירת בתי חולים פסיכיאטריים מממשלתיים על ההשקעה בבינוי ובתשתיות: בעולם מסתמנת מגמה של פתיחת מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים וסגירתם של בתי חולים פסיכיאטריים, ובייחוד כשהאמור במחלקות ילדים. גם בישראל התקבלו החלטות בעניין צמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות והגדלת "חלופות אשפוז" בקהילה. אחת האפשרויות הייתה סגירת בתי חולים פסיכיאטריים, למשל החלטת הממשלה מ-2003 לסגור את המרכז הרפואי הממשלתי לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבתי ים. ואולם נמצא כי החלטות אלה מנעו העברת תקציבים לפיתוח ותחזוקה של בתי החולים שהוחלט על סגירתם, ומנגד תהליך הסגירה עדיין מתמשך שנים רבות; כתוצאה מכך זה שנים רבות לא תוקנו ליקויים משמעותיים בתשתיות באותם בתי חולים, והדבר מוביל לפגיעה במאושפזים.⁹

3. ליקויים במיגון לשעת חירום של מבנים ותשתיות בבתי החולים הממשלתיים: בעתות חירום נדרשים בתי החולים להמשיך לתת

8 מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

9 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 60 (2010), "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545 ואילך.

שירותי רפואה ואף להרחיב את פעילותם. מכאן החשיבות הגדולה של הימצאות החולים והצוותים הרפואיים במקומות ממוגנים, שיאפשרו המשך הטיפול הרפואי גם בעתות חירום ובמלחמות¹⁰, וכן חשיבות ההגנה על מתקני תשתיות של בתי החולים. טיוטת תקנות ההתגוננות האזרחית מ-2010¹¹ שבהתאם לה עובדת בפועל מערכת הבריאות, קובעת את האזורים והמחלקות החייבים במיגון.

מרבית בתי החולים הממשלתיים מסרו למשרד מבקר המדינה כי אינם עומדים בדרישות טיוטת תקנות ההתגוננות האזרחית לגבי מבנים בבתי החולים. למשל, המרכז הרפואי הממשלתי לבריאות הנפש מזרע בעכו מסר כי אף שבמלחמת לבנון השנייה ספג פגיעה ישירה של רקטה שבעקבותיה היה צורך לפנותו, ולמרות דוח מבקר המדינה בנושא, המבנים במרכז הרפואי והתשתיות שבו אינם ממוגנים. המרכז הרפואי הממשלתי ע"ש ברזילי באשקלון המשיך לפעול במהלך מבצע "עמוד ענן" בנובמבר 2012 בעוד שמרבית היחידות בו אינן ממוגנות, ואף שנמצא בקו העימות. נמצא גם כי בית חולים זה אינו עומד בדרישות המיגון לקווי אספקה של אנרגיה ושל גזים רפואיים עבור מוסדות בריאות, המפורטות בתקנות ההתגוננות האזרחית: צינורות התשתית בו עוברים מעל פני הקרקע ואינם ממוגנים כלל. גם במרכז הרפואי הגריאטרי ממשלתי שמואל הרופא בבאר יעקב ישנם מתקנים של תשתיות קריטיות¹² שאינם ממוגנים כלל.

נמצא כי אמנם קיימת תכנית על פי סדרי עדיפויות להשלמת המיגון הנדרש בבתי חולים, אולם בגלל חוסר משמעותי במקורות תקציביים אי-אפשר להשלים את יישומה. יוצא, שעדיין קיימים פערים משמעותיים ביותר בין צורכי המיגון של בתי החולים ובין המצב בפועל ועדיין יש ברוב בתי החולים יחידות רפואיות, שהן קריטיות לפעילות בתי החולים בעתות חירום - ושאינן ממוגנות.

4. ליקויים במוכנותם של המבנים והתשתיות בבתי החולים ובמוסדות הממשלתיים לרעידות אדמה: משרד מבקר המדינה התריע בכמה דוחות קודמים כי תשתיות בתי החולים אינן מוכנות למקרה של רעידות אדמה¹³. מדיווחי בתי החולים והמוסדות הממשלתיים למשרד מבקר המדינה בביקורת הנוכחית עולה כי עדיין ישנם בתי חולים ומוסדות שהתשתיות שלהם לא יעמדו ברעידת אדמה. למשל מהמרכז הרפואי ממשלתי זיו שבצפת, אשר נמצא במקום מועד לפגיעה מרעידת אדמה, נמסר כי מבנה האשפוז המרכזי ומבנים נוספים אינם עומדים בתקן רעידות האדמה, והליכים לחיזוק החלו רק עבור חלק מן המבנים.

5. ליקויים בסידורי בטיחות אש בבתי החולים הממשלתיים: נמצא כי יש פערים ניכרים במילוי הוראות מפקח כבאות ראשי לסידורי בטיחות אש בבתי החולים הממשלתיים¹⁴ - הוראות שנועדו למניעת דלקות ולגילוי, כיבוי ופינוי מהירים ויעילים במקרה שפרצה דלקה. למשל, בחלק מבתי

10 חשיבות מיגונם של בתי חולים ומתקנים רפואיים נוספים קיבלה משנה תוקף לאחר שבמלחמת לבנון השנייה בקיץ 2006 נפגעו מוסדות רפואיים אחדים, ולאחר פרסום דוח מבקר המדינה היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה (2007), לרבות פרק נרחב על ליקויים בענייני מערכת הבריאות.

11 תקנות ההתגוננות האזרחית (מפרטים לבניית מקלטים), (תיקון), התש"ע-2010.

12 כגון חדרי הגנרטור, מאגרי מים, חדרי של שרתי מחשוב ומצבורי דלק וחמצן.

13 ראו למשל מבקר המדינה, "עמידות מבנים ותשתיות ברעידות אדמה - תמונת מצב" (2011).

14 הוראות נציב כבאות והצלה ומפקח כבאות ראשי, "סידורי בטיחות אש בבתי חולים ומוסדות בריאות", פרק 500, מס' הוראה 505, דצמבר 1993, עדכון - דצמבר 2001.

החולים לא הושלמו מערכות כיבוי אוטומטיות כנדרש. להשלמת כל דרישות בטיחות האש בבתי החולים הממשלתיים והציבוריים נדרשים כ-140 מיליון ש"ח; עוד 77 מיליון ש"ח נדרשים כדי להשלים את הפערים בבתי החולים של הכללית¹⁵.

6. פגמים בתשתיות הפוגעים ברמת הניקיון ובמניעת זיהומים: נמצאו מקרים שבהם תשתיות לקויות גרמו או גורמות לליקויים חמורים ברמת הניקיון, וממילא גם פוגעות בניסיונות המרכזים הרפואיים למנוע זיהומים. למשל, תפעולו של משטר מיזוג אוויר לא מתאים בחדרי ניתוח בברזילי באשקלון גרם לכך שבבקרת רישוי של משרד הבריאות בבית החולים במאי 2012 נצפו זבובים בחדר ניתוח. המרכז הרפואי פוריה שבטבריה כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי מחסן הציוד הרפואי נמצא מתחת למטבח, וכי הן צינורות המים והן מערכת הביוב של המטבח מגירים נוזלים באופן תמידי על מדפי הציוד הרפואי ועל הציוד לשעת חירום המאוחסן שם.

7. אי-מילוי הוראות, נהלים, חוקים ותקנות חדשים - חשמל, הגנת הסביבה ותברואה: נמצא כי חלק מבתי החולים לא עומדים בדרישות שקבעו חוקים בנושאי חשמל, הגנת הסביבה ותברואה. למשל, בחלק מבתי החולים קיימים שטחים נרחבים של גגות אזבסט שלפי דיווחי בתי החולים יש צורך להחליפם; חלק מבתי החולים אינם עומדים בדרישות הנהלים ממתקני חשמל באתרים רפואיים¹⁶; בחלק מבתי החולים נדרשים שיפורים במערכות המים והתברואה בהתאם להנחיות משרד הבריאות¹⁷.

8. שימוש במבנים ובתשתיות במערכות האשפוז לפני קבלת כל האישורים הנדרשים: נמצא כי לאחר שנים רבות של עיכובים במסירת בניין אשפוז חדש במרכז הרפואי הממשלתי הלל יפה בחדרה, ובהוראת מנהל בית החולים, אוכלס המבנה לפני שהתקבלו כל האישורים הנדרשים (טופס 4). אלה התקבלו רק כחמישה חודשים לאחר האכלוס. עוד נמצא כי עקב מצוקת אשפוז קיצונית במחלקה לרפואה דחופה (חדר המיון) הישנה במרכז הרפואי פוריה בטבריה, מבנה המיון החדש מאוכלס מספטמבר 2011 בהוראת מנהל בית החולים, וזאת לפני שהושלמו כל המערכות על פי דרישות פיקוד העורף ובלי טופס 4. גם מבנה אגף היולדות החדש בפוריה שאוכלס כבר ביולי 2012 טרם קיבל במועד סיכום הביקורת (ינואר 2013) טופס 4.

תחזוקת מבנים ותשתיות בבתי החולים והמוסדות הממשלתיים

1. אי-תכנון כוח אדם לתחזוקה: נמצא כי לא נציבות שירות המדינה, המופקדת על התקינה בבתי החולים הממשלתיים, ולא משרד הבריאות קבעו מפתחות תקינה לעובדי תחזוקה במערכת הבריאות הממשלתית, ולכן כל מנהל בית

15 סיכום דיון מאוגוסט 2012 בהשתתפות מנכ"ל משרד הבריאות ונציג כבאות והצלה, שנדרשו בו ממצאי ועדה משותפת למשרד ולמערך הכבאות וההצלה.

16 תקנות החשמל (מתקני חשמל באתרים רפואיים במתח עד 1000 וולט), התשנ"ה-1994; חוק החשמל, התשי"ד-1954; נוהל משרד הבריאות E-01, "מתקני חשמל באתרים רפואיים", המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי במוסדות רפואה. מהדורה ראשונה - 2003, עדכון - 2006.

17 מערכות התברואה בבתי החולים ובמוסדות רפואיים דורשות תחזוקה וחידוש, בין השאר כדי למנוע את התפתחות חיידקי הליגיונלה.

חולים ממשלתי קבע את מספרם ותמהילים של עובדי התחזוקה בבית החולים שלו. עוד נמצא כי משרד הבריאות והמרכזים הרפואיים הממשלתיים לא עשו עבודת מטה משותפת כדי לבחון אילו עבודות תחזוקה, אם בכלל, יש לבצע באמצעות עובדי בתי החולים ואילו מהן יש לבצע באמצעות קניית שירותי תחזוקה מחברות המתמחות בתחומים שונים. כל מרכז רפואי קבע כללים בעצמו גם בעניין זה. היעדרן של אמות מידה לתכנון כוח אדם לתחזוקה מעלה את החשש שרמת התחזוקה של מבנים ותשתיות תיפגע בגלל שיקולים כלכליים.

2. תחזוקת שבר במקום תחזוקה מונעת: מדיווחי בתי החולים הממשלתיים עולה כי בשל אילוצי התקציב¹⁸ הם משתמשים בשיטה של תחזוקת שבר¹⁹ בכל סוגי הרכיבים, ואינם נוקטים תכנון מוקדם של עבודות תחזוקה כדי להקטין את הסיכוי לכשל פתאומי של מערכות - כלומר אין תחזוקה מונעת²⁰ או תחזוקה מותנית מצב²¹.

תקציבי הפיתוח והתחזוקה של בתי החולים הממשלתיים - תמונת מצב

1. היעדר תכניות עבודה רב-שנתיות מתוקצבות לבינוי במערכת הבריאות: למרות חובתו של משרד הבריאות כמאסדר (רגולטור), אין למינהל תכנון, בינוי ופיתוח מוסדות רפואה במשרד תכנית עבודה רב-שנתית מתוקצבת שתיתן מענה לצרכים הרבים - העכשוויים והעתידיים, של פעולות הבינוי והתשתיות של מערכת הבריאות בישראל; לטענת משרד הבריאות, זאת בין השאר משום שמשרד האוצר לא הקצה לכך תקציבים ייעודיים. בביקורת נמצא גם כי לא הושלמו תכניות עבודה רב-שנתיות מפורטות לכל אחד מבתי החולים הממשלתיים בנפרד.

2. ליקויים בתכניות העבודה השנתיות לבינוי של המשרד: נמצא כי תכניות העבודה השנתיות של המינהל לתכנון אינן כוללות מידע שלם על הפרויקטים המתוכננים במערכת הבריאות הממשלתית. למשל, לא מוצגים פרויקטים שאינם ממומנים על ידי המשרד ושהמינהל לא שותף בתכנונם ובהקמתם, כגון מבנים הממומנים ומוקמים על ידי אגודות הידידים וכן על ידי תאגידי הבריאות²² (קרנות המחקר) שפועלים ליד ובשיתוף בתי החולים. לכן התכניות השנתיות של המשרד אינן מציגות תמונה מלאה על פעילות הבינוי בבתי החולים הממשלתיים.

נמצא גם כי התכניות, המוצגות בפני בכירי משרד הבריאות, אינן מציגות תמונת מצב לאומית על מצב הבינוי והתשתיות בכלל מערכת הבריאות. יוצא אפוא שאישור תכנית הפיתוח השנתית של המשרד לא נעשה מתוך ראייה מערכתית כוללת.

18 ראו להלן בפרק "מודל תקציב תחזוקה של מבנים עתירי מערכות".

19 כלומר, כל פריט ינוצל עד אשר הוא נפגם או איננו מצליח עוד למלא את תפקידו כראוי.

20 הקטנת הסיכוי לכשל פתאומי של רכיב, בעיקר על ידי טיפול תקופתי קבוע ובמרווחי זמן ידועים לכל אחד מרכיבי המבנה.

21 תחזוקה המבוצעת כתגובה להרעה משמעותית במצבו או בתפקודו של רכיב מסוים במבנה.

22 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא: "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור". בעניין פעילות תאגידי הבריאות ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2009, 259, "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399 ואילך.

3. שחיקת תקציבי הפיתוח של משרד הבריאות: נמצא כי הקיצוצים המשמעותיים שנעשו מדי שנה בתקציב הפיתוח של משרד הבריאות לא אפשרו לבנות תכנית רב-שנתית המגובה בתקציבים כדי להדביק את הפערים המשמעותיים של מיליארדי שקלים בין תקציבי הפיתוח ובין צורכי מערכת הבריאות - למרות הצרכים המידיים של המערכת.²³

4. דרישה ממשרד הבריאות ומבתי החולים להעמדת מימון תואם לתכניות מיוחדות: נמצא כי משרד הבריאות נדרש על פי החלטות ממשלה להעמיד מימון תואם (matching)²⁴ גם לתכניות מיוחדות, כמו מיגון בתי חולים וחיוק מבנים כנגד רעידות אדמה, שעליהן החליטה הממשלה בעקבות צרכים חדשים ודחופים. החלטות הממשלה לגיוס מימון תואם תורגמו על ידי מנהלי בתי החולים לפעילות שעיקרה גיוס תרומות גם לפרויקטים ייחודיים בעלי חשיבות לאומית. הסתמכות על כספי תרומות למימון פרויקטים של בינוי צופנת בחובה סיכונים כמו שינויים במימוש היקף תרומות מובטחות וחשיפה לסיכונים שער חליפין. כך למשל, המרכז הרפואי רמב"ם בחיפה, שמשמש "מרכז-על" המשרת את כל אוכלוסיית חיפה והצפון, לרבות צה"ל, היה צריך לאתר מקורות כספיים עצמאיים בהיקפים ניכרים, לרבות הלוואות, כדי להוציא לפועל את בנייתו של בית חולים חירום תת-קרקעי אזורי, ובמועד סיכום הביקורת (ינואר 2013) עלה חשש כי העבודות יופסקו.

5. ניהול תקציבי התחזוקה של בתי החולים שלא על בסיס מודל תקציבי: נמצא כי תקציבי התחזוקה של בתי החולים הממשלתיים מתנהלים במתכונת היסטורית, ולא נבנו על בסיס מודל תקציבי כלשהו. התקציב נותן מענה חלקי בלבד לצרכים, ובאירועי שבר הדורשים מענה תקציבי נוסף, מגויס הכסף במידת האפשר מקיצוץ בסעיפים תפעוליים אחרים של בתי החולים.

6. תאגידי הבריאות: העברות תאגידי הבריאות²⁵ לבתי החולים הממשלתיים לצורך בינוי נמצאות במגמת עלייה משמעותית בגלל הירידה בהיקף תקציבי הפיתוח של המשרד. היקף ההעברות מתאגידי הבריאות לבתי החולים בגין מבנים גדל מכ-65 מיליון ש"ח בשנת 2007 ל-127 מיליון ש"ח בשנת 2010 (גידול של כ-95%).²⁶ ואולם בביקורת עלה כי כל תאגיד מעביר את כספי הרווחים לבית החולים הצמוד אליו ומשקיע כרצונו - כלומר רווחי תאגידי הבריאות אינם מושקעים בבינוי שיש בו תכנון מרכזי, ולמשרד הבריאות אין שליטה תקציבית ומהותית על הפעילות. הדבר עלול גם להגביר את האפליה של בתי החולים בפריפריה, שכן היקף הפעילות של תאגידי הבריאות שפועלים על יד ובאמצעות בתי החולים, מצומצם מאוד.

23 במכתב ששלחו לראש הממשלה ושר הבריאות בכירים במערכת הבריאות בעקבות הקיצוץ הרוחבי בתקציב משרדי הממשלה שעליו החליטה הממשלה ביולי 2012, צוין כי "בחישוב זהיר של כלכלנים מומחים בכלכלת בריאות, חסרים היום במערכת הבריאות כ-9 מיליארד ש"ח מהתקציב הציבורי".

24 העמדת תקציב ממקורות עצמאיים כתנאי לקבלת תקציב ממקורות אחרים, כגון מהממשלה.

25 ראו הערה 22.

26 הנתונים מתוך הדוח הפיננסי של משרד הבריאות לשנת 2010.

מקורות תקציביים אפשריים לפיתוח בתי החולים הממשלתיים

מאחר ואין מקורות תקציביים קבועים וצבועים לצורכי בינוי ותחזוקה מלבד הקצאת כספים ייעודיים מצומצמים לבינוי ותחזוקה במסגרת תקציב משרד הבריאות, נדרש למצוא מקורות תקציביים נוספים לגיוס מקורות הון לצורכי בינוי פיתוח ותחזוקה. ואולם משרדי הבריאות והאוצר לא בחנו בהקשר זה שלעיל למשל את החלופות הבאות: (1) לא בררו דבר קיומה של מחלוקת בין משרד האוצר לבין משרד הבריאות בשאלה האם מרכיב הפיתוח ומרכיב הפחת כבר כלול גם בתוך מחיר יום אשפוז ואם אינם כלולים - לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי היה לבחון האם נכון לכלול אותם, דבר שלא נעשה; (2) לא בחנו את שיטת ההנחות שנותנים המרכזים הרפואיים לקופות החולים ממחירי משרד הבריאות; (3) לא ביצעו פעולות למניעת כפל תשתיות במערכת הבריאות - בין קופות החולים לבתי החולים, בין בתי החולים עצמם, ובין קופות החולים עצמן (תוך שמירה על עקרון התחרותיות).

כמו כן, המשרד לא קבע עדיין בנוהל אמות מידה לגיוס תרומות למערכת הבריאות, המבוססות בין השאר על מיפוי הצרכים של כלל מערכת הבריאות ולא בחן האפשרות להססת חלק מהתרומות למרכזים רפואיים בפריפריה אשר מתקשים בגיוס תרומות.

אתרי היחידות השונות של משרד הבריאות

1. חוסר מקום ליחידות בבניין החדש של משרד הבריאות: משרד הבריאות עבר בינואר 2013 למבנה חדש בירושלים. ואולם נמצא כי שלבי התכנון המוקדמים של הבניין החדש היו לקויים, והמשרד לא הגדיר באופן מלא את צרכיו הנוגעים למעבר, לרבות הצפי לגידול בכוח אדם. מרב יחידות המשרד הפזורות בירושלים אמורות לעבור לבניין, ובפועל אין מקום לכ-80 מהעובדים הצפויים לעבוד במבנה.

2. אתרי יחידות המשרד בגוש דן: נמצא כי יחידות המשרד בגוש דן עדיין פזורות בשבעה אתרים שונים, למרות הצורך שעלה לרכזן במקום אחד.

3. מטה הרשות העליונה לאשפוז ובריאות בשעת חירום במקום שאינו ממוגן: נמצא כי מטה הרשות העליונה לאשפוז ובריאות בשעת חירום, שאחראית על הפעלת מערכת הבריאות במדינת ישראל בעתות חירום, ממוקם בקומה השנייה של אחד האתרים של יחידות משרד הבריאות בתל אביב, ואינו ממוגן כלל. לא זאת אף זאת - המטה שוכן במרכז תל אביב במיקום גאוגרפי רגיש, שעלול להיות נתון במתקפה במקרה של מלחמה, ועדיין, למרות תכנון פרוגרמה למטה, אין כל צפי למועד העברתו לאתר אחר, ואף לא נקבע המיקום החדש.

בינוי ותשתיות בקהילה

תקציבי הפיתוח של קופות החולים

1. אי-מסירת תקציבי הפיתוח של קופות החולים לאישור שר האוצר: נמצא כי כל קופות החולים, לפחות בארבע השנים האחרונות, לא מסרו העתקים מתקציבי הפיתוח שלהן למשרד האוצר והוא אף לא דרש לקבל אותם.

זאת על אף הקבוע בחוק ולמרות בקשתו של נציג האוצר בוועדה להסדרת הדיווח הפיננסי בקופות החולים.²⁷

2. העברת תקציבי הפיתוח למשרד הבריאות באיחור ושלל בהתאם למתכונת שקבעו החוק והתקנות: נמצא כי על אף הקבוע בתקנות הגישו כל קופות החולים את תקציבי הפיתוח, לכל אחת מהשנים 2009-2011, באיחור משמעותי לעומת הזמן שקבעו התקנות,²⁸ ובחלק מן המקרים רק במהלך השנה הקלנדרית שתקציב הפיתוח מתייחס אליה. עוד נמצא כי על אף הקבוע בחוק הן הגישו את תקציבי הפיתוח שלהן בכל אחת מהשנים 2009, 2010 ו-2011 במתכונת חד-שנתית בלבד, ולא הגישו בכל שנה תקציב לשלוש שנים. משרד הבריאות לא העיר לקופות על כך. בכך נפגעת יכולתו כמאסדר לקיים בקרה על תקציבי הפיתוח ולהשאיר לקופות החולים די זמן לתקנם או לשנותם.

3. שכירות מול קנייה של מרפאות בקהילה - אי-ביצוע בדיקת כדאיות כלכלית נדרשת: נמצא כי מסיבות מינהליות ובשל חסמים שהטיל משרד הבריאות, נאלצו קופות החולים לפנות בעיקר לאפיק של שכירות מבנים, במקום לקנות או לבנות מרפאות - אפיק משתלם יותר מהבחינה הכלכלית, בדרך כלל, גם לדעת קופות החולים. משרדי הבריאות והאוצר לא בחנו עניין זה ולא נתנו פתרונות לכשל שנוצר.

אי-הקצאה של קרקעות ייעודיות למרפאות בקהילה

בביקורת עלה כי אין מקצים שטחים ייעודיים למרפאות בקהילה, בעיקר ביישובים חדשים ובשכונות חדשות, אלא מתכננים את מיקום המרפאות כחלק מהשטחים המסחריים והציבוריים וללא בירור צורכי מערכת הבריאות. התוצאה היא שהשטחים המסחריים נרכשו על ידי יזמים פרטיים וגופים עסקיים ולא על ידי הקופות, מה שבסופו של דבר הוביל את הקופות לפנות לאפיק של שכירות ולא של קנייה ובינוי, וכן לפתרונות מאולתרים שהביאו לפגיעה בזמינות הגאוגרפית של השירותים לחולים, לבזבוז משאבים ולעיכובים בפתיחת שירותי רפואה בערים חדשות ובשכונות חדשות.

אי-בירור צורכי מערכת הבריאות בהכנת תדריכים למתכנני ערים ותכניות מתאר לערים חדשות.

נמצא כי אין בירור של צורכי מערכת הבריאות, לרבות קופות החולים, בהליך קבלת ההחלטות על הקצאת שטחים מסחריים וציבוריים במסגרת הכנת תכניות מתאר²⁹ לערים ושכונות חדשות; עוד נמצא כי משרד הבריאות ונציגי קופות החולים לא שותפו

27 ועדה שהקימו בפברואר 2001 משרד הבריאות והמוסד הישראלי לתקינה חשבונאית ושהמליצה על שינויים בכללי החשבונאות המקובלים, כדי להחיל על מגזר קופות החולים כללים אחידים של חשבונאות ודיווח.

28 תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים), התשס"ו-2006.

29 פרוגרמה או תכנית כתמים שמכונים בתכנון של עיר או שכונה חדשה, והמפרטת בין השאר את כמות השטחים למבני ציבור (שטחים חומים), השטחים הציבוריים הפתוחים (ירוקים), השטחים המסחריים (אפורים), דרכים ושטחים למגורים.

בהכנת התדריך³⁰ הקובע בכל הקשור להקצאת שטחים ציבוריים האמורים לשמש גם את מרפאות קופות החולים.

4. התקשרות קופות החולים עם רופאים עצמאיים ללא בדיקת קיומם של היתרים מהרשות המקומית לשימוש של מרפאות: נמצא שרופאים, מרפאות ומטפלים פועלים בעשרות אלפי אתרים בישראל, לרבות דירות מגורים בבתים משותפים, בלי לעבור את הליכי האישור הקשורים למקום הפעלת המרפאה, ובלי לקבל אישור לשימוש לייעוד מיוחד של מרפאה מהרשות המקומית במקרים שיש צורך בכך. הרשויות המקומיות פועלות כנגד מרפאות שפועלות בדירות מגורים רק במקרה שמגיעה תלונה; משרד הבריאות לא בודק את הנושא אם מדובר במרפאה שאינה חייבת ברישום; וקופות החולים אינן בודקות אם קיים אישור של הרשות המקומית להפעלת המרפאה. בכך נוצרים מטרדים לדיירי הבניינים המשותפים שבהם ממוקמות המרפאות, למשל בגלל עומס גדל על המעליות, החנייה ופחי אשפה; ורופאיהן ומבקריהן של אותן מרפאות נפגעים מכך שלא נבדק כי הן עומדות בדרישות בטיחות האש המיוחדות למרפאות ומליקויים בפעולות הננקטות בהן למניעת זיהומים (למשל היעדר כיור לשטיפת ידיים בין חולה לחולה).

משרד הבריאות - ליקויים בפעילות המאסדר בתהליכי בינוי ופיתוח

משרד הבריאות קובע את המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה ומופקד על תכנון, פיקוח ובקרה ורישוי ותיאום השירותים של כלל מערכת הבריאות - בתי חולים (ממשלתיים, ציבוריים, פרטיים ושל הכללית), קופות החולים ומד"א. ועדת הפרויקטים היא ועדה בין-משרדית המייעצת למנכ"ל משרד הבריאות בתחומי הבינוי והתשתיות, וחברים בה נציגי מחלקות שונות במשרד ונציג אגף התקציבים של משרד האוצר. בראשה עומד סמנכ"ל המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות. הוועדה בודקת הצעות להקים מוסדות רפואיים וממליצה למנכ"ל אם לאשרן.

ליקויים בפעילות ועדת הפרויקטים של משרד הבריאות

1. בינוי במערכת הבריאות ללא בחינה ואישור של ועדת הפרויקטים: נמצא כי בניגוד לכתב המינוי של חברי הוועדה, שלפיו "הוועדה תדון בכל הפרויקטים הנוגעים למערכת הבריאות בישראל", הוועדה דנה ומגישה בפועל את המלצותיה רק בנוגע לפרויקטים שבהם הוגשה בקשה לתוספת מיטות אשפוז, ושאינם בתי חולים ממשלתיים. דהיינו, הוועדה אינה דנה בפרויקטים בבתי החולים הממשלתיים, בין אם הם כוללים תוספת מיטות ובין אם לא; אינה דנה בפרויקטים שאינם מצריכים תוספת מיטות בבתי חולים שאינם ממשלתיים; ואינה דנה בפרויקטים של בינוי בקופות החולים בקהילה. אלה האחרונים מתוכננים

30 תדריך תכנון להקצאת קרקע לצורכי ציבור, משרד החינוך, התרבות והספורט - המינהל לפיתוח, משרד הפנים - מינהל התכנון, משרד הבינוי והשיכון - אגף פרוגרמות, משרד האוצר - אגף תקציבים. המכון למחקר ופיתוח מוסדות חינוך ורווחה, תל אביב, 2005.

ומתבצעים ללא דיון ואפילו ללא קבלת חוות דעת מוועדת הפרויקטים על מידת הצורך בהם.

יוצא אפוא שעניין הבינוי והתשתיות במערכת הבריאות נבחן באופן חלקי מאוד ובגישה המצמצמת, ולא בראייה לאומית מערכתית.

2. אי-מניעת מצב של כפל תשתיות אזורי בין בתי החולים לקהילה: ראוי שנציגי לשכות הבריאות המחוזיות (המהנדסים המחוזיים) המשתתפים כחברים בוועדות המחוזיות לתכנון ובנייה, וכן פועלים במעמד משקיפים בוועדות המקומיות לתכנון ובנייה, יפעלו כנציגי המאסדר (משרד הבריאות) למניעת אפשרות לכפל תשתיות. אולם נמצא כי הנציגים אינם מחוויים דעתם כלל בבחינת נחיצותם של פרויקטים המוגשים לאישור ועדות אלה בתחום המוניציפלי של פעילותם, אלא רק מעירים בנושאי תברואה (ביוב, מים, פינוי פסולת וכו'), שבתחום הכשרתם המקצועית. יוצא שהמאסדר אינו מנצל אפשרות למניעת כפל תשתיות באמצעות נציגיו במוסדות התכנון, ואינו בוחן ברמה האזורית את הצרכים של מערכת הבריאות בנושאי בינוי ותשתיות.

החשש לכפל תשתיות אזורי עולה לנוכח המגמה של העברת הליכים רפואיים רבים שהצריכו בעבר אשפוז, לביצוע ברפואה הקהילתית - כלומר ייתכן מצב שבסמוך לבית חולים יפעלו מרפאות או מכונים שנותנים שירותים דומים לאלה הניתנים בו. מצב כזה מסב נזקים לבתי החולים, למשל בהסטת חולים, ציוד יקר ותשתיות שאינם מנוצלים ובעזיבת כוח אדם רפואי וסיעודי איכותי. כאמור, המשרד לא בחן כל מקרה לגופו בראייה האזורית.

התקשרויות של משרד הבריאות לתכנון וביצוע פרויקטים של בינוי במרכזים רפואיים ממשלתיים

1. בחירת מומחים הפטורים ממכרז בהתקשרויות לתכנון ולביצוע פרויקטים של בינוי במרכזים רפואיים ממשלתיים: המינהל לתכנון מנהל מאגר מתכננים ובוחר ממנו על פי הכללים בתקנות חובת המכרזים, שלפיהן ניתן להתקשר בדרך זו ולא בדרך של מכרז (לפי גובה היקף ההתקשרות בין המתכנן ובין המזמין). בביקורת עלה כי קיימת אי-בהירות בדבר פרשות החובה לבחור מתכננים מתוך המאגר ב"סבב מחזורי", כאמור בתקנות; משרד הבריאות מפרש חובה זו בגישה המצמצמת - כלומר בחירת מתכנן אחד לכמה פרויקטים באותו מרכז רפואי אפשרית, בעוד שניתן לפרש את חובת הסבב המחזורי בהתייחסות ל"יחידת סמך" (מרכז רפואי ממשלתי), ולכן אין לבחור במתכנן אחד בלבד לכמה פרויקטים באותו בית חולים. כמו כן, לא ברור אם יש צורך להחליף את המומחים בכל פרויקט ופרויקט, ואם יש להביא בחשבון את גודלו של המרכז הרפואי ואת מספר הפרויקטים שמבוצעים בו כאשר מחליטים אם יש צורך בקיום "סבב מחזורי" של מתכננים.

2. התקשרות בלא התחשבות במידע קודם: נמצא כי בהמלצה על בחירת משרד מפקח (שכלול בהגדרת "מתכננים" לעניין המאגר ו"הסבב המחזורי") שהגיש צוות התכנון של המרכז הרפואי זיו בצפת באוגוסט 2009 לוועדה לבחירת מתכננים של משרד הבריאות, לא היה מידע שהיה צריך להיכלל במערכת השיקולים בבחירת המשרד המפקח. בפני הוועדה לא הוצג מידע על ליקויי בנייה משמעותיים

שהתגלו בפרויקט קודם באותו בית חולים, שפיקח עליו המועמד שנבחר. כמו כן לא הוצג מידע על בירור שקיים משרד הבריאות כדי לברר על מי מוטלת האחריות לליקויים הללו - בירור שנמשך כהליך משפטי מול הקבלן עד מועד סיום הביקורת בספטמבר 2012, ושעומד בבסיס מחלוקת בין אגודת הידידים של בית החולים זיו לבין משרד הבריאות גם במועד סיכום הביקורת בינואר 2013.

3. התקשרות על בסיס הערכה שגויה של עלות פרויקט: נמצא שההערכה הראשונית של עלות אותו פרויקט בינוי במרכז הרפואי זיו בצפת, ששימשה בסיס לקביעת שכר הטרחה ואופן ההתקשרות בין המינהל לתכנון ובין אחד המומחים שנבחר לפרויקט, הייתה כחצי מהעלות המוערכת לאחר שינויים במפרט. יש חשש שההערכה הראשונית של עלות הפרויקט, לא הביאה בחשבון שינויים ניכרים במפרט, אשר לו הובאו בחשבון, היו מעלים את ערך ההתקשרות אל מעבר לסף מתן הפטור ממכרז.

סיכום והמלצות

על משרד הבריאות מוטלת אחריות ממלכתית להבטחת הבריאות לתושבי המדינה. לכן על המשרד, באמצעות שר הבריאות, להביא לידיעת הממשלה והכנסת את מצבם הגרוע של הבינוי והתשתיות במערכת הבריאות.

על המשרד ובתי החולים לבחון איזו מדיניות תחזוקה - תחזוקת שבר או תחזוקה מונעת - עדיפה לכל סוג פעילות, ולקבוע קווים מנחים בנדון תוך לימוד שוטף ושיתוף הידע מניסיונם של כל המרכזים הרפואיים בארץ.

הבעיה העיקרית בתחום הבינוי והתשתיות בבתי החולים היא מחסור בתקציבי פיתוח ותחזוקה. בהיעדר תקציבים, לא ניתן להדביק את הפערים המשמעותיים שבכירים במערכת הבריאות העריכו בכ-2.5 מיליארד ש"ח ושנוצרו במשך שנים רבות, על כל המשתמע מכך. על מקבלי ההחלטות מוטלת האחריות לשקול בכוון ראש, כחלק משיקולי סדרי העדיפויות הלאומיים, את הדרישות התקציביות על פני שנים ועל פי סדר עדיפויות - וזאת כדי להביא את התשתיות למצב סביר, כראוי למדינה מפותחת. הדבר חשוב במיוחד כאשר מדובר בדרישות הקשורות לבטיחות - יש לפעול מיד להשלמת הפערים בתחום זה.

על משרד הבריאות, בשיתוף המרכזים הרפואיים ומשרד האוצר, לבנות תכנית אב רב-שנתית מגובה תקציבית, אשר תיתן ביטוי לתיקון הליקויים בתחום הבינוי והתשתיות ותקבע גם תכנון ארוך טווח לתיקון המחסור הצפוי במיטות אשפוז. התכנית צריכה לקבוע סדרי עדיפויות, כלומר לדרג את רמת הדחיפות של כל פרויקט ופרויקט, בין השאר כדי לאפשר התאמות בה במקרה של שינויים וצמצום מקורות המימון. על משרד הבריאות לבחון אפשרות לדרוש מבתי חולים שמוסיפים מבנים חדשים להרוס מבנים ישנים שאינם ראויים לשימוש.

בתי החולים הממשלתיים נאלצים להסתמך על מקורות שונים לבינוי ופיתוח, ומאחר שחלקם מתקשים לגייס מקורות עצמאיים, גדלים הפערים בין הפריפריה למרכז ובין בתי חולים כלליים לבתי חולים גריאטריים ופסיכיאטריים. על משרדי הבריאות והאוצר לבחון דרכים לצמצום החלק היחסי של בתי החולים במימון הבינוי והתחזוקה או לספק להם מקורות תקציביים ראויים לכך, בין השאר באמצעות ביצוע עבודת מטה

נרחבת על יצירת מקורות תקציביים אפשריים לפיתוח בתי החולים, ובהם: תמחור ימי אשפוז ופרוצדורות רפואיות כך שיביאו בחשבון, כמקובל, מרכיב של בינוי ותחזוקה; הפחתת ההנחות לקופות החולים (תוך הבטחה שקופות החולים לא ייפגעו); מניעת כפל תשתיות במערכת הבריאות כדי לחסוך משאבים; הקמת קרן מרכזית לתרומות עבור בינוי אליה ינווט אחוז מהתרומות שמגייסים המרכזים הגדולים לבתי חולים ומוסדות בבריפריה, אשר מתקשים בגיוס תרומות. לצורך כך על משרדי הבריאות והאוצר לסיים את הכנת נוהל התרומות ובכלל זה לשקול הסטת חלק מהתרומות לטובת בינוי בתי החולים בבריפריה.

על משרד הבריאות לפעול מהר ככל הניתן לריכוז יחידותיו בתל אביב באתר אחד, וכן למצוא ולהקים אתר ראוי למטה הרשות העליונה לאשפוז ובריאות בשעת חירום.

כדי להבטיח שקופות החולים יספקו שירותי בריאות במרחק סביר ממקום מגורי המבוטחים, על משרדי הבריאות, הפנים וקופות החולים למצוא פתרון למצוקת הקרקעות המיועדות למרפאות בקהילה בשכונות חדשות ובערים חדשות, בין השאר על ידי מכרזים סגורים בין הקופות לקרקעות ייעודיות לשימוש למרפאות בלבד. יש להתחשב בצורכי הקופות כבר בהליכי התכנון והבנייה.

על משרד הבריאות, קופות החולים, משרד הפנים והרשויות המקומיות לתת את הדעת לנושא זה ולפעול לכך שכל המרפאות יפעלו באתרים כאשר קיימים לגביהם כל האישורים הנדרשים, וביניהם גם אישור לשימוש חורג כאשר יש צורך בכך. על קופות החולים לוודא לפני החתימה על כל חוזה התקשרות עם רופא עצמאי חדש, וכתנאי להתקשרות, את קיומם של האישורים הנדרשים.

על משרד הבריאות לפעול להסדרת פעולת ועדת הפרויקטים כך שתפעל בהתאם לכתבי המינוי שלה ותדון בכל הפרויקטים הנוגעים למערכת הבריאות בישראל, ובהשתתפות כל מי שמונו להיות חברים בה. על משרד הבריאות לפעול מתוך ראייה מערכתית לאומית, בין אם על ידי ועדת הפרויקטים ובין אם על ידי גורמים נוספים שבאחריותו, כגון נציגי לשכות הבריאות המחוזיות בוועדות התכנון והבנייה, שיכולים לשמש כ"זרוע הארוכה" של המשרד בוועדות לתכנון ובנייה ולמנוע למשל כפל תשתיות.

ראוי שהמאסדרים - משרד הבריאות, החשב הכללי ומשרד המשפטים - יקבעו אמות מידה ברורות לחובת הסבב המחזורי. בין השאר עליהם לקבוע אם יש לנהוג בחובה זו בגישה המצמצמת, כפי שנוהג משרד הבריאות - סבב בין המרכזים הרפואיים - או שיש צורך לקבוע שיתקיים סבב מחזורי גם בתוך מרכז רפואי.

אוכלוסיית מדינת ישראל מונה במועד סיום הביקורת (ספטמבר 2012) כ-8 מיליון נפש. שיעור גידול האוכלוסייה בה גבוה, כ-1.8% בשנה, ותוחלת החיים עולה, ועמה מספר הקשישים. התשתיות במערכת הבריאות רעועות בחלקן כבר היום ונדרשת הכנסת טכנולוגיות חדשות, ומוסדות הבריאות ומתקני הבריאות בבריפריה סובלים מחולשה כלכלית. כל אלה מחייבים את מקבלי ההחלטות במשרדי הבריאות והאוצר ואף את הממשלה כולה לפעול כדי להבטיח המשך מתן שירותי בריאות ראויים במתקנים הרפואיים הן בקהילה והן במערכת האשפוז. על הפתרון להיות מערכתי ושוויוני, ואפשר שיחייב אף לשקול שינוי בסדרי העדיפויות מבחינת הפניית המשאבים, צעדי התייעלות של בתי החולים ובחינה של הסוגיות המורכבות שפורטו לעיל.



מבוא

אוכלוסיית מדינת ישראל מנתה בספטמבר 2012 כ-8 מיליון נפש, ושיעור גידולה בשנת 2011 היה כ-1.8%³¹. שירותי הבריאות בישראל - הן שירותי האשפוז בבתי החולים והן השירותים בקהילה, במרפאות קופות החולים - ניתנים בדרך כלל במתקנים רפואיים. הגידול באוכלוסייה, העלייה בתוחלת החיים והעלייה במספר הקשישים, ולצד אלה גם השתכללות הרפואה, מחייבים להקים מדי פעם בפעם מבנים חדשים (להלן - פיתוח, בינוי), וכן להשקיע בתחזוקת המבנים הקיימים ובשכלולם (להלן - תחזוקה³²). לרמת הבינוי ולשיטת תחזוקתו השפעה על איכות שירותי הרפואה, ועל בטיחותם ועל רווחתם של החולים, המלווים ושל הסגל הרפואי.

מקורות המימון העיקריים לפיתוח ולתחזוקה הם: תקציב המדינה (באמצעות משרד הבריאות); תרומות שמגייסים מנהלי בתי החולים; תאגידי הבריאות³³ של בתי החולים הממשלתיים; וכן תקציבי קופות החולים, המשקיעות בבתי החולים ובמרפאות שבבעלותן. במבט כספי כולל: ב-2010 השקיעו המרכזים הרפואיים הממשלתיים כ-163 מיליון ש"ח מתקציבם בפיתוח ובתחזוקה; נוסף על כך השקיעו³⁴ כ-520 מיליון ש"ח מתרומות וממקורות נוספים³⁵. שירותי בריאות כללית, שמשקיעה בפיתוח גם בקהילה וגם בבתי החולים שבבעלותה, בסדרי גודל של כ-300 פרויקטים בר-זמנית, השקיעה ב-2010 כ-208 מיליון ש"ח בפיתוח בתי החולים שבבעלותה. אגף התקציבים באוצר כתב בינואר 2013 כי הוצאות הפיתוח בבתי החולים הציבוריים הדסה ושערי צדק בירושלים נאמדות בקרוב ל-400 מיליון ש"ח בשנה. ארבע קופות החולים הוציאו ב-2010 כ-294 מיליון ש"ח על פיתוח שירותי בריאות בקהילה³⁶. הנה כי כן, מערכת הבריאות הציבורית מוציאה מעל מיליארד שקלים בשנה, כל שנה, על פיתוח ותחזוקה.

עם זאת, צורכי הפיתוח והתחזוקה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל נאמדים במיליארדי שקלים; לפי אחת ההערכות של משרד הבריאות משנת 2012, מערכת הבריאות הממשלתית זקוקה מיידית לכ-2.5 מיליארד ש"ח בתחומי הבינוי, וזאת ללא חישוב ההוצאות למיגון כל המוסדות ולתוספת מיטות. המקורות הכספיים המצומצמים של מערכת הבריאות הציבורית מקשים עליה לתת מענה מספק לצרכים בתחומי הבינוי והתחזוקה.

על רקע מצוקה קשה זו בדק משרד מבקר המדינה וסקר בחודשים פברואר-ספטמבר 2012 את הנושאים הבאים: מצב התשתיות בבתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים הממשלתיים ובמוסדות רפואיים ממשלתיים נוספים (כגון תחנות לבריאות הנפש בקהילה); רמת המיגון לעתות

-
- 31 מתוך אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 32 תחזוקה בהקשר של דוח זה היא המילה שנקבעה למונח Maintenance. פירושה כלל הפעולות שנועדו להחזיק נכס כלשהו במצב תקין - מבנה, מתקן, מכונה ועוד.
 - 33 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא: "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור". בעניין פעילות תאגידי הבריאות ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2009, "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים" עמ' 399 ואילך.
 - 34 לדוגמה: בניין הלב ובית חולים חירום במרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב) ובית חולים חירום תת-קרקעי במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה.
 - 35 הנתונים מתוך הדוח הפיננסי לשנת 2010 של משרד הבריאות.
 - 36 דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2010, משרד הבריאות, נובמבר 2011.

חירום בבתי חולים ורמת המוכנות של התשתיות לשרפות ולרעידות אדמה; סדרי תקצובן של תכניות הפיתוח והתחזוקה של בתי החולים הממשלתיים; פעילות ועדת הפרויקטים³⁷ של משרד הבריאות; פעולות המשרד להגדלת המקורות הכספיים לבינוי ותחזוקה של בתי החולים הממשלתיים; סדרי פעולות קופות החולים ומשרד הבריאות באסדרה (רגולציה) של תקציבי הפיתוח של ארבע קופות החולים; סדרי הקצאתם של שטחים ייעודיים לבניית מרפאות של קופות החולים בערים חדשות ובשכונות חדשות; סוגיית הרישוי מטעם הרשויות המקומיות להפעלת מרפאות רופאים עצמאיים בבתי מגורים. נבדקו גם סוגיות הקשורות לתכנון, למיגון ולהנגשת מבנים שמהם פועלות יחידות המשרד, וכן סדרי ההתקשרויות של המשרד עם מומחים חיצוניים לשם תכנון פרויקטים וביצועם.

לצורכי הביקורת קיבל משרד מבקר המדינה בפברואר - מרץ 2012 מידע בנושא הבינוי והתשתיות מכל בתי החולים הממשלתיים לאשפוז כללי (11 בתי חולים), מכל בתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש (8 בתי חולים), מכל בתי החולים הממשלתיים למחלות ממושכות (5 בתי חולים גריאטריים), ובסך הכול מ-24 בתי חולים. נציגי משרד מבקר המדינה אף ביקרו בחלק מבתי החולים וסקרו את מצב הבינוי ואת תחזוקת התשתיות בהם.

הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן גם - המשרד) - בעיקר במינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה (להלן - המינהל לתכנון) שבמשרד, בכמה לשכות בריאות מחוזיות³⁸, בכל המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים, בכל המרכזים הרפואיים הממשלתיים לגריאטריה ולפסיכיאטריה, בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), המפעילה גם 14 בתי חולים, במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ובלאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). בדיקת השלמה בוצעו בהנהלת משרד הפנים, בוועדה המיוחדת לתכנון ובנייה בעיר המתוכננת חריש ובנציבות שירות המדינה.

הבינוי והתשתיות בבתי החולים הממשלתיים - תמונת מצב

לפיתוח ותחזוקה השפעה משמעותית על איכות שירותי הרפואה. מחלקות אשפוז הממוקמות במבנים ישנים, יש שהן כבר לא מתאימות מבחינת הצפיפות המותרת לדרישות העדכניות שקבע משרד הבריאות בנושא, דבר שעלול לפגוע בכבוד החולים ובפרטיותם ובאיכות הטיפול הרפואי הניתן להם, ואף ליצור סכנה של הידבקות בזיהומים³⁹. מבקר המדינה ציין גם בדוח שנתי 2011⁴⁰ כי בגלל הצפיפות במחלקות הפנימיות הטיפול שמקבלים החולים עלול להיות רשלני. ומנגד, תקציבי הפיתוח של משרד הבריאות לטובת בתי החולים והמוסדות שבבעלותו הלכו ונשחקו במהלך השנים האחרונות⁴¹.

37 ועדה בין-משרדית המייעצת למנכ"ל משרד הבריאות בתחומי הבינוי והתשתיות, ובה חברים נציגי מחלקות שונות במשרד הבריאות ונציגי אגף התקציבים של משרד האוצר.

38 לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות מוציאות מהכוח אל הפועל את מדיניות המשרד, מספקות שירותים לבריאות הציבור ומפעילות שירותי רפואה מונעת לפרט במסגרת התחנות לבריאות המשפחה.

39 על הקשר בין החשיפה לזיהומים והתשתיות הרעועות ראו להלן.

40 מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, 261 (2011), "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים" עמ' 169.

41 על השחיקה בתקציב ראו להלן.

לפי נתונים שפרסם משרד הבריאות ביולי 2012, היה שיעור המיטות לאשפוז כללי במדינת ישראל, נכון לשנת 2010, נמוך משמעותית מזה שבמדינות אחרות בארגון ה-OECD⁴²: כ-1.9 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת ממוצע של 3.4 מיטות במדינות ה-OECD⁴³. משמעות הדבר היא שפעמים רבות התפוסה בבתי החולים גדולה מהקיבולת המרבית, כלומר מאשפוזים חולים במסדרונות או בשיטת המיטה החמה - ממהרים לשחרר מאושפוזים כדי לפנות מיטה לחולה הבא; לכן, נכון לשנת 2010, השהייה הממוצעת של החולה הישראלי שאושפז בבית החולים קצרה יחסית - 4 ימים, לעומת 6.3 בממוצע במדינות ה-OECD⁴⁴. יתר על כן, לפי נתונים שהוצגו בתכנית העבודה לשנת 2012 של משרד הבריאות, מספר מיטות האשפוז ל-1,000 נפש אף צפוי לקטון ל-1.7. עם זאת יצוין כי מספר זה אינו מתוקנן לכך שהאוכלוסייה בישראל צעירה יחסית ושיעור הקשישים בה עומד על 10%, לעומת גרמניה ואיטליה, למשל, שבהן שיעור הקשישים כ-20%; אוכלוסייה צעירה דורשת פחות מיטות אשפוז⁴⁵.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013, כי לדעתו "מספר המיטות לא נקבע על פי תקציבי הפיתוח והוא אינו מהווה סמן לחוסר בהשקעה בפיתוח תשתיות פיסיות", לדעתו, המצב לכאורה של מחסור במיטות הוא בין השאר בגלל כשלים המאפיינים את שוקי הבריאות ובגלל המגמה בכל העולם של העברת משקל הכובד במערכות בריאות מבתי חולים לקהילה. משרד הבריאות חולק על דעה זו וטוען שהמחסור הגדול במיטות קיים כאן ועכשיו.

מנהל המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא בתל השומר (להלן - שיבא בתל השומר) כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013: "אחד הגורמים הדומיננטיים במציאות של הזיהומים הנרכשים, הינו גורמי התשתית ... תנאי האשפוז ככלל במדינת ישראל הם מתחת לסטנדרט המקובל במדינות המערב ... התוצאה היא לא רק הצפיפות בחורף שמצליחה לעורר מספר כותרות במדיה, אלא במשך כל השנה שורר מצב בו לא ניתן לטפל בצורה בטוחה בזקוקים לטיפול, איכות הטיפול הבלתי מתקבלת על הדעת באה לביטוי גם בהיקף התחלואה מזיהומים נרכשים⁴⁶ בבתי החולים".

מבדיקת משרד מבקר המדינה, ובין השאר גם מדיווחי בתי החולים הממשלתיים למשרד מבקר המדינה, עולה כי קיימים בהם ליקויים משמעותיים ביותר בתחומי הבינוי והתשתיות. להלן עיקרי הנושאים ודוגמאות להמחשתם.

שימוש במבנים ישנים שאינם עומדים בדרישות משרד הבריאות למחלקות אשפוז ויחידות מודרניות

מדיווחי בתי החולים הממשלתיים הכלליים ובתי החולים הגריאטריים הממשלתיים עולה כי רבות ממחלקות האשפוז ומהיחידות שבהם פועלות בבניינים ישנים, בעלי תשתיות רעועות, שמבחינות רבות אינם עומדים בדרישות משרד הבריאות למחלקות ויחידות מודרניות⁴⁷. לליקוי זה גם מחיר

42 Organization for Economic Co-operation and Development - הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (המכונה גם "ארגון המדינות המפותחות").

43 הנתון נותר בעינו, אם כי הפער מצטמצם אם משקללים גם את ההבדלים בשיעור הקשישים באוכלוסייה.

44 מקור: אתר האינטרנט של משרד הבריאות, www.health.gov.il.

45 כבר בדוח 2011 העיר מבקר המדינה כי משרד הבריאות אינו מתקן בנתוניו את גיל האוכלוסייה; עוד בנושא זה ראו בהערה 40.

46 זיהומים שמועברים לחולים בעת אשפוז או קבלת טיפול רפואי.

47 משרד הבריאות מפרסם נהלים שבהם נקבע בין השאר לפי סוגי המחלקות, את מספר המיטות המרבי בחדר ואת מספר חדרי השירותים שיש להקים לכל מספר מיטות.

כלכלי: מחקר שנעשה בראשית שנות האלפיים⁴⁸ מצא כי משך חיי המבנים בבתי החולים בישראל הוא כ-70 עד 80 שנה; עם זאת, מגלה המחקר, כי העלות השנתית של תפעול מבנים ישנים, לרבות תחזוקה והחלפה של רכיבי המבנה הישנים, גבוהה בכ-20% מן העלות המקבילה במבנים שאורך חייהם הוא 50 שנה - כלומר המשך תחזוקתם של מבנים מעל לטווח של 60 שנה אינו כדאי כלכלית.

להלן המחשות לצפיפות אשפוז ושימוש בתשתיות ובמבנים ישנים ורעועים במרכזים רפואיים ממשלתיים:

1. צפיפות במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים: דוח 61, שעסק בין השאר במצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים⁴⁹, הציג את המצוקה הקשה ואת הנזקים הנגרמים מתנאי אשפוז שאינם הולמים: התפוסה בכלל המחלקות הפנימיות בשנת 2008 עמדה על 98.1%. בימים מסוימים היה שיעור התפוסה בהן בפועל גדול מ-150%. חולים צופפו בחדרים ואושפזו במסדרונות ובחדרי אוכל מחלקתיים, שאין בהם התקנים המאפשרים להתחבר למכשירים חיוניים, לרבות חמצן. יתר על כן, גברים ונשים אושפזו באותו החדר וכן במסדרונות כאשר הם סמוכים אלו לאלו. מצב זה עלול לפגוע בכבודם ובפרטיותם של המטופלים, עד כדי אובדן צלם אנוש⁵⁰.

גם לאחר פרסום דוח 61 המשיך שיעור התפוסה בכלל המחלקות הפנימיות לעלות, וב-2010 כבר עמד על 101.9%. עצירת מגמה זו ושינויה מחייבים בין השאר הקמת מבנים חדשים וכן יצירת פתרונות נוספים אפשריים להקלה על הצפיפות ולתיקון הנזקים שהיא מסבה; למשל קיצור זמני ההמתנה לבדיקות המתבצעות מחוץ למחלקות הפנימיות, שינויים בתפקידי כוח האדם במחלקות הפנימיות ובמחלקות נוספות, צמצום מספר החולים שאינם מתפנים אף שהטיפול בהם הסתיים, העברת משאבים ופעילויות מבתי החולים לקהילה, והפניית חולים קשישים היישר מחדר המיון של בית חולים כללי למרכזים גריאטריים לשם אשפוזם.

2. המרכז הרפואי הממשלתי אסף הרופא בצריפין (להלן - אסף הרופא בצריפין) הוקם בצריפים של מחנה צבאי בריטי מימי המנדט (לפני יותר מ-65 שנה). אף על פי שנבנו בו עם השנים מבני אשפוז חדישים ומתקדמים, צריפים רבים עדיין עומדים על תלם ומשמים מרפאות, מכונים, מחלקות אשפוז ומבנים לוגיסטיים (3 מחלקות אשפוז - פנימית ו', פנימית ח' ונוירולוגית; 2 מכונים - מכון EEG ומכון ריאות; ו-27 מבנים לוגיסטיים). המרכז הרפואי הצביע בפני משרד מבקר המדינה על כך שרמת הבינוי והתשתיות בצריפים ישנים אלו נמוכה משמעותית מהרצוי ומהמקובל.

3. המרכז הרפואי הממשלתי העירוני בני ציון בחיפה ציין באפריל 2012 בפני משרד מבקר המדינה כי מבנה מרפאות החוץ בו הוקם לפני כ-70 שנה. המבנה רעוע ומסוכן ליושביו ולבאים בשעריו. חלקים במעטפת החיצונית שלו ניתקים ונופלים; הוא אינו עונה על דרישות הנגישות המזעריות למטופלים, כל שכן לנכים המגיעים אליו. בבניין מעלית אחת בלבד, וכאשר היא מקולקלת הנכים נאלצים לבטל את ביקורם במרפאות; אין מספיק חדרי שירותים לציבור, ואלו הקיימים אינם נגישים לנכים; אין מספיק חדרי בדיקות. לדעת המרכז הרפואי, הצפיפות והמחנק אדירים ואינם תואמים את תפוסת המבנה ואת השירות המצופה מהמרכז הרפואי.

4. בדיון בוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת מיולי 2012, שעסק בדוח מבקר המדינה בנושא "שיקום רפואי לקשישים"⁵¹, ציין מנהל המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה בטבריה (להלן - פוריה בטבריה), ד"ר יעקב פרבשטיין, כי המחלקה לגריאטריה שיקומית שוכנת במבנה שאינו מתאים ליעודו וכי "יש שם שניים, מקסימום ביום טוב שלושה, שירותים פעילים, ל-18 חולים, חדרים של שלוש מיטות בחדר, ללא שירותים צמודים". עוד ציין כי חולים שבגופם נמצאו

48 ד"ר יגאל מ' שוחט, שראל ליבוביץ', אינג' דני בר-און, ניהול תחזוקה כוללני של בניינים עתידי מערכות, 2001.
49 הערה 40.
50 ראו סעיף 10 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
51 מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2012), עמ' 283 ואילך.

חיידקים עמידים אינם יכולים להתאשפז במחלקה, כי לא ניתן להקצות עבורם חדר ייעודי כנדרש. ד"ר פרבשטיין סיכם כי "גם היקף המחלקה וגם התנאים הפיזיים לא יאפשרו באמת פיתוח השירות הזה [שיקום קשישים] ומתן שירות הולם לאוכלוסיית הצפון"⁵².

ד"ר פרבשטיין הוסיף בתשובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2012: "היחידה לטיפול נמרץ נשימתי ממוקמת בתוך מתחם המחלקה הכירורגית בחדר אחד הכולל ארבע מיטות בצפיפות גדולה. קיימת סכנה ממשית של זיהומים. בשל המצוקה אנו נאלצים לאשפז מטופלים הזקוקים לטיפול נמרץ נשימתי [גם] במחלקות אחרות".

5. המרכז הרפואי הממשלתי הגריאטרי שמואל הרופא בבאר יעקב כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי קיימים בו ארבעה מבני אשפוז מיושנים (צריפים מימי הבריטים) שאינם מתאימים לדרישות הפרוגרמטיות והמקצועיות הנוכחיות של משרד הבריאות למחלקות אשפוז. כל אחד מהמבנים שטחו כ-50% מהנדרש על פי תקנים עדכניים, ולכן באחת המחלקות לשיקום קשישים, שנמצאת באחד המבנים הישנים, מאושפזים בכל חדר שלושה חולים במקום שניים, והשירותים והמקלחת של כל המחלקה ממוקמים משני צידיה, ולא בכל חדר כנדרש.

6. המרכז הרפואי הממשלתי ע"ש ברזילי באשקלון (להלן - ברזילי באשקלון) כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי נדרשים כ-60 מיליון ש"ח לשיפוץ מבנים במחלקות פסיכיאטריות, פגיונה, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, ילדים, נשים והנהלה וכן לשיפוץ בית מרקחת ומחסני ציוד.

7. מנהל המרכז הרפואי ע"ש הלל יפה בחדרה (להלן - הלל יפה בחדרה) כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי המחלקה לאשפוז פסיכיאטרי וכן המרפאה לבריאות הנפש למבוגרים, עדיין פועלות בצריפים משנת 1957. כמו כן המחלקה לטיפול נמרץ כללי פועלת בחדרים מאולתרים, שלא היו מיועדים מלכתחילה לשימוש כזה, ובנוסף עם 5 מיטות בלבד לעומת צורך של 16-18 מיטות.

מצבם של מרכזים רפואיים לבריאות הנפש ומרפאות קהילתיות לבריאות הנפש:

1. דוח קודם של מבקר המדינה⁵³ כבר ציין כי במרכז הרפואי הממשלתי לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבת ים יש מבנים רבים הטעונים שיפור ושדרוג זה תקופה ארוכה. עוד צוין כי בבקרה לצורך חידוש רישיון שקיים במקום באוקטובר 2009 צוות רב-מקצועי מלשכת הבריאות המחוזית תל אביב נתגלו ליקויים חריגים בחומרתם. באפריל 2012 חזר וכתב המרכז הרפואי⁵⁴ למשרד מבקר המדינה כי יש בו מבנים שאינם מתאימים ליעודם על פי תקני המשרד. כמו כן יש בעיות קשות במערכות חשמל, מים, ביוב, כיבוי אש וניקוז. שחלקן נבנו בימי המנדט הבריטי.

2. דוח שנתי 2012⁵⁵ גם ציין ליקויים חמורים שנמצאו במחלקות אשפוז במבנים ישנים במרכז הממשלתי הירושלמי לבריאות הנפש, שחלק מקירותיהם טחובים ומעלים עובש. מנהל המרכז כתב

52 גם המרכז הגריאטרי-שיקומי פלימן בחיפה דיווח על צפיפות בלתי-סבירה של מאושפזים בחדר, וכן על מצב בינוי ירוד של מחצית מהמחלקות, קירות רטובים, מערכות מים ישנות ודולפות, שירותים שאינם שומרים על צנעת הפרט, והיעדר אישור מטעם מכבי אש, מיגון מפני רעידת אדמה ומיגון כללי לרוב-רובם של העובדים והמאושפזים. גם המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא בתל השומר כתב למשרד מבקר המדינה על ליקויים משמעותיים בתחומי הבינוי והתשתיות, כגון אשפוז במחלקות ישנות שאינן מתאימות לתקנים הנוכחיים.

53 מבקר המדינה, דוח שנתי 2010 ב'60 (2010), "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545 ואילך.

54 בשנת 2003 קבעה הממשלה שיש לסגור את בית החולים, החלטת הממשלה משפיעה על ההשקעה בבינוי בבית חולים זה.

55 ראו לעיל הערה 53.

למשרד מבקר המדינה באפריל 2012 שקמפוס בית החולים בכפר שאול פועל במתחם כפר ערבי נטוש במבנים שגילם מתקרב ל-200 שנה שרובם אינם תואמים את דרישות המינימום המקובלות לאשפוז מודרני.

3. משרד הבריאות היה ער לבעיות בבתי החולים לבריאות הנפש, ובשנים 2011-2012 הפנה את עיקר תקציבי הפיתוח לשיפור התשתיות במערך לבריאות הנפש, ואולם בכך אין די שכן הפערים בין מצב התשתיות ובין הנדרש, עדיין משמעותיים מאד.

משרד מבקר המדינה מצביע על מצבן החמור של תשתיות האשפוז במרכזים הרפואיים הממשלתיים בישראל ועל השימוש במבנים ובחדרים שאינם ראויים לאשפוז כפי שנמסר מבתי החולים. ליקויים אלה משליכים גם בשנת 2012 על איכות השירות הרפואי שמקבלים תושבי מדינת ישראל במוסדות אלה.

על משרד הבריאות לתת דעתו בשנית לסוגיה, ובין השאר לרכז מידע על גיל המבנים ועל מצב הבינוי והתשתיות בכל בתי החולים והמוסדות הרפואיים הממשלתיים. לאחר מכן עליו לדרג את מצבם ולקבוע לפיו לוחות זמנים לשיפוץ או לפינוי לפי מצבם ובהתאם לדרישות משרד הבריאות ממחלקות אשפוז מודרניות. על משרדי הבריאות והאוצר להגיע להסכמה על תכנית עבודה מתוקצבת רב-שנתית להשגת היעדים שייקבעו.

4. משרד הבריאות אחראי על אספקת שירותי בריאות הנפש באשפוז ובקהילה לתושבי המדינה עד תושלם העברתם לאחריות קופות החולים בסוף 2015⁵⁶. בחלק מן המקרים התחנות לבריאות הנפש בקהילה פועלות מתוך מבנים של הרשויות המקומיות, ולעתים הרשויות אף מממנות הוצאות נוספות, כמו שכר עובדים, ריהוט, תחזוקה ועבודות שיפוץ.

דוח 60 של מבקר המדינה⁵⁷ כבר קבע כי במרפאות שאינן מתוחזקות כראוי אי-אפשר, מטבע הדברים, להעניק את השירות הטוב ביותר לאלה הסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש. כבר אז העלתה הבריקה כי מצבם של חלק ממבני המרפאות בקהילה ירוד ומוזנח.

בביקורת הנוכחית - כמו בביקורת הקודמת - נמצא כי חלק ממרפאות בריאות הנפש עדיין שוכנות במבנים לא ראויים, בין השאר משום שהאחריות לפיתוחן ולתחזוקתן של המרפאות בקהילה נחלקת במקומות מסוימים בין משרד הבריאות ובין הרשויות המקומיות; חלק ממרפאות בריאות הנפש של המשרד נמצאות בבניינים ששטחיהם הציבוריים הם באחריות הרשויות המקומיות, ואולם אלה אינן עושות דבר כדי לתחזקם.

להלן דוגמאות:

1. בביקור של נציגי משרד מבקר המדינה באפריל 2012 במרפאה לבריאות הנפש בעיר לוד שמפעיל המרכז הרפואי הממשלתי לבריאות הנפש באר יעקב, נמצא כי קומת הכניסה של המרפאה, שנמצאת בבניין של העירייה ונשכרת באמצעות מינהל הדיור הממשלתי, אינה מתוחזקת כלל. התקרה האקוסטית הרוסה וחוטאי החשמל חשופים, וניכר כי לא מתבצעות שם פעולות ניקיון.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "לאור בעיות התחזוקה שהתגלו במקום דרש המשרד מהעירייה למלא את התחייבותה ולתקן את הליקויים. משהעירייה סירבה

56 זאת כחלק מהרפורמה בבריאות הנפש, שמטרתה להעביר את האחריות למתן שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים.

57 הערה 53.

לעשות כן, דרש המשרד לבצע את העבודה מתקציבו ולקזז את התשלום מתשלום שכר דירה, גם דרישה זו לא נענתה בחיוב על ידי מינהל הדירור הממשלתי.

יו"ר הוועדה הממונה בעיר לוד כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי המבנה שבו פועלת המרפאה לבריאות הנפש בעיר לוד שכור מחברה פרטית, ולפי החוזה עמה, האחריות לניקיון קומת הכניסה מוטלת עליה. עוד מסר כי "מזה תקופה ארוכה נעדר מידי שבוע סיור מעקב של תחזוקה וניקיון שמשותפים בו נציג בעלי הבניין ונציג העירייה, לבחינת מצב התחזוקה והניקיון".

להלן תצלום המתאר את המצב במרפאה לבריאות הנפש בלוד:



חוטי חשמל חשופים בקומת הכניסה של המרפאה בלוד

2. מרפאה לבריאות הנפש בעיר רמלה שמפעיל המרכז הרפואי הממשלתי לבריאות הנפש באר יעקב: כבר בדוח 2012 צוין כי המבנה קטן, ולדעת מנהל המרפאה אינו מאפשר עבודת צוות, וכי מצב התחזוקה גרוע. בביקורת הנוכחית, בביקור של נציגי משרד מבקר המדינה באפריל 2012, נמצא כי המרפאה עדיין ממוקמת בבית ישן וסובלת מבעיות תחזוקה.

3. המרכז הממשלתי הירושלמי לבריאות הנפש מפעיל מחלקות לאשפוז בכמה קמפוסים וגם שש מרפאות קהילתיות אזוריות למבוגרים, שלוש מרפאות "על-אזוריות" לילדים ולנוער, מרכז גמילה מסמים ותחלואה כפולה⁵⁸, מרפאה לשיקום תעסוקתי ויחידה לטיפולים טרום-אשפוזיים. המרכז כתב למשרד מבקר המדינה כי כל היחידות בקהילה אינן נגישות לנכים ואין תקציב ותכנון להנגשתן. בכל מקרה של פניית נכה הנזקק לטיפול במרפאות לבריאות הנפש בקהילה, פותרים את הבעיה אד הוק. ביחידות אין גם תשתית תקשורת מחשבים פנימית עם אבטחת מידע המאפשרת הפעלת תיק רפואי ממוחשב, כזו הקיימת למשל בקמפוס האשפוז בכפר שאול.

58 מרכז המטפל בחולים הסובלים בנוסף להתמכרות גם מבעיה נפשית.

לאחרונה (במאי 2012) התקבלה כאמור החלטה לבצע רפורמה ביטוחית בנושא בריאות הנפש, ולפיה עד סוף 2015 כבר ייכללו שירותי בריאות הנפש בסל השירותים של קופות החולים.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "נכון לימים אלה בעקבות ההחלטה על ביצוע הרפורמה [העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות] ותקציב שדרוג מרפאות, יבוצע מהלך של שדרוג תשתיות ומבנים במספר מרפאות על מנת להעמידם במצב פיזי נאות".

על משרד הבריאות וקופות החולים למצוא את הדרך לשיפור מידי במצבן של תחנות לבריאות הנפש בקהילה. לאור כך שהרפורמה בנושא בריאות הנפש אמורה להיכנס לתוקפה רק ב-2015, על משרד הבריאות להקפיד על תחזוקת התחנות עד להשלמת הרפורמה.

השפעת החלטות על סגירת בתי חולים פסיכיאטריים וגריאטריים ממשלתיים על ההשקעה בבינוי ובתשתיות

דוח 60⁵⁹ אזכר את המגמה הכלל-עולמית של פתיחת מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים לצד סגירת בתי חולים פסיכיאטריים, ובייחוד כשהדבר האמור במחלקות ילדים. פעולה זו מסייעת מאוד בטשטוש התווית השלילית המוצמדת לסובלים ממצוקה נפשית. כמו כן היא משפרת את היעילות הכלכלית של הטיפול, ככל שמדובר למשל בחיסכון בתשתיות ובכוח אדם, ומאפשרת להפנות את המשאבים הנחסכים לטיפול בסובלים ממצוקה נפשית בקהילה. הפניית משאבים לקהילה חשובה, משום שזה שנים רבות מתבצעת בישראל רפורמה שבמסגרתה מעבירים את עיקר הטיפול בפגועי הנפש מבתי החולים לקהילה⁶⁰.

כבר בדוח 60⁶⁰ הועלה שלנוכח קביעת הממשלה ב-2003 לפיה יש לסגור את בית החולים הממשלתי אברבנאל בבת ים, משרד הבריאות אינו מקצה די כספים לשיפוץ בית החולים. כאמור, באפריל 2012 חזר בית החולים וציין את הליקויים המשמעותיים הקיימים במבנים שבו.

המרכז הרפואי הממשלתי לבריאות הנפש מזרע בעכו כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי זה כ-25 שנים נדון במסגרות שונות נושא העתקת המרכז הרפואי לאתר חלופי; אולם אף שהמהלך אינו מבוצע, עיריית עכו אינה נותנת היתרי בנייה שיאפשרו למרכז להקים בשטחו תשתיות ומבנים התואמים את דרישות האשפוז בעת רגיעה ובעת חירום.

עיריית עכו כתבה למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי ביולי 2012 אושרה תכנית "החוף הצפוני", שחלה גם על השטח שבו פועל המרכז הרפואי מזרע, ואשר קבעה ייעודים חדשים לאורך חוף הים, ובהם בין היתר מסחר ומלונאות. על פי התכנית, הפעלת המרכז הרפואי מזרע היא בגדר שימוש חורג, ולכן לא ניתן לתת לו היתרי בנייה. כן הדגישה "כי העירייה בשיתוף ובתיאום עם הנהלת בית החולים, אפשרה שיפוץ, שיפור ושדרוג מבנים קיימים".

יצוין כי גם המרכז הגריאטרי הממשלתי ראשון לציון כתב למשרד מבקר המדינה בפברואר 2012 כי על פי תכנית העבודה של משרד הבריאות, המרכז אמור להיסגר במהלך 2012, ולכן יותר מארבע שנים לא מבצעים את ההשקעות הנדרשות בבינוי ובתשתיות.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי עמדת משרד האוצר, בהסתמך על המלצות אנשי המקצוע והספרות המקצועית, היא כי יש עדיפות ברורה - בריאותית

59 הערה 53.

60 על הליקויים במצבם הפיזי של מבני התחנות לבריאות הנפש בקהילה ראו לעיל.

וחברתית - להרחבת מסגרות אשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים על פני בתי חולים פסיכיאטריים, ובמידת האפשר אף להעביר מסגרות קיימות לבתי חולים כלליים.

מכבי כתבה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 כי לדעתה "ממכירת הקרקעות המתפנות [של המרכזים לבריאות הנפש] ניתן היה לבנות מחלקות חדשות ליד בתי החולים הכלליים. רווח נוסף של תהליך זה היה צמצום תקורות ניהול, לוגיסטיקה ומינהל, הן במשאבי כוח אדם והן בהוצאות תפעול אחרות (מודל זה עובד בשיבא, שבו מופעלות כ-140 מיטות פסיכיאטריות)".

מן הראוי כי במקרה בו הוחלט על סגירה של בית חולים או יחידה, התשתיות במקום לא יוזנחו כל עוד חולים מאושפזים במקום. יש לייחס לכך משנה חשיבות גם בשל תקופת הזמן הארוכה הנדרשת לביצוע מהלך של סגירת בית חולים, בין היתר בשל הצורך בהסדרת זכויות העובדים.

על משרד הבריאות לבחון אילו מחלקות בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים זקוקות לשיפוץ ומה היקף המשאבים הנדרש לכך, ולבחון אם לא נכון יותר לפעול להעברתן לתוך בתי החולים הכלליים מוקדם ככל האפשר - ובייחוד כשמדובר במחלקות ילדים ונוער. לצד פעולות המשרד להאצת סגירתן של המחלקות שהוחלט על סגירתן, על המשרד ובתי החולים לשמור על תשתיות ראויות במחלקות המיועדות לסגירה, למקרה שיוחלט להמשיך ולהפעילן עד לפתיחת מיטות נוספות לפסיכיאטריה בבתי החולים הכלליים. לסיכום, על משרדי הבריאות והאוצר לבצע עבודת מטה יסודית בהקשר לרמת ההשקעה הנדרשת בבינוי ובשיפוצים של בתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש וכן בתי החולים הגריאטריים המיועדים לסגירה - ולא לאשפוז ולטיפול בחולים חסרי ישע במבנים שתשתיותיהם רעועות.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי מדיניותו היא להעתיק את בתי החולים הפסיכיאטריים למתחם של בתי חולים כלליים, והוסיף: "עם זאת אנו פועלים להבטיח תנאי אשפוז הולמים לחולים בבתי החולים הקיימים, המשרד סבור שהחולים לא אמורים לשמש בני ערובה עד להעקת בתי חולים למתחם אחר. מדיניות זו באה לידי ביטוי בבתי החולים מזרע, באר יעקב ונס ציונה, באר שבע ועוד. נבנו מחלקות חדשות ושודרגו מחלקות קיימות במהלך השנים, גם עתה מבוצעים פרויקטים כאלה".

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי להבטיח מצד אחד תנאי אשפוז הולמים למטופלים ומצד שני התנהלות כלכלית נכונה, על משרד הבריאות לאור מדיניותו להעתיק את הפעילות שבבתי החולים הפסיכיאטריים אל תחומם של בתי החולים הכלליים, לקיים חשיבה מערכתית בנושא שיפוצן והקמתן של מחלקות חדשות במקומות המיועדים לסגירה ולמעבר.

מיגון לשעת חירום של מבנים ותשתיות בבתי החולים הממשלתיים

בהתאם לחוק שירות עבודה בשעת-חירום, התשכ"ז-1967, בתי החולים הם מפעל לשירותים קיומיים, וככאלה הם נדרשים להמשיך ולתת שירותי רפואה במשך 24 שעות ביממה גם בעתות חירום ובמלחמות ואף להרחיב אז את פעילותם. מכאן החשיבות הרבה בהמצאות החולים והצוותים הרפואיים במקומות ממוגנים. מיגונם של בתי חולים ומתקנים רפואיים אחרים, קביעת התקנים ומציאת המקורות התקציביים לכך, קיבלו משנה תוקף לאחר שבמלחמת לבנון השנייה,

בקיץ 2006, נפגעו מוסדות רפואיים אחדים, וכן פורסם דוח מבקר המדינה על היערכות העורף ותפקודו באותה מלחמה⁶¹, שכלל פרק ליקויים נרחב בענייני מערכת הבריאות. בדוח צוין כי במלחמה מתו 160 ישראלים, מהם 41 אזרחים, ונפצעו 7,279 איש⁶², שרבים מהם נזקקו לשירותי מערכת האשפוז.

האחריות למוכנות בתי החולים לעתות חירום מוטלת על משרד הבריאות, ובמימושה מסייעת לו מחלקת הרפואה של פיקוד העורף באמצעות ענף בתי החולים שלה. כמה מבתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה על מחסור משמעותי ומתמשך במיגון מבנים ותשתיות. להלן פירוט⁶³:

מיגון מבנים במערכת הבריאות:

פיקוד העורף מסר כי טיוטת⁶⁴ תקנות ההתגוננות האזרחית (מפרטים לבניית מקלטים), (תיקון), התש"ע-2010 (להלן - טיוטת התקנות), משמשות בהסכמות שמקובלות על פיקוד העורף ועל משרד הבריאות ושני הגופים פועלים בהתאם להן. טיוטת התקנות קובעת בין השאר את הדרישות למרחבים מוגנים במוסדות בריאות. היא קובעת גם את שטח המרחבים המוגנים הנדרש לפי מספר מיטות האשפוז ואת המפרטים של המיגון, של מערכות האוורור והסינון ומיזוג האוויר הנדרשים במרחבים המוגנים. טיוטת התקנות קובעת גם כי מחלקות אחדות במוסדות הבריאות צריכות להיבנות מראש במתכונת של מרחב מוגן, לרבות חדרי ניתוח, יחידות לטיפול נמרץ, חדרי מיון (מחלקות לרפואה דחופה), חדרי לידה ויחידות דיאליזה.

על אף ההסכמות, רבים מבתי החולים הממשלתיים מסרו למשרד מבקר המדינה כי הם אינם עומדים בדרישות המוסכמות על פי טיוטת התקנות.

בעקבות העימותים שמדינת ישראל הייתה מעורבת בהם בשנים האחרונות הן בצפון (מלחמת לבנון השנייה בשנת 2006) והן בדרום (מבצע "עופרת יצוקה" בשנת 2008) השתנו והוחמרו דרישות המיגון של פיקוד העורף. החמרת הדרישות דורשת השקעה כספית ניכרת ושינויים גדולים. למשל, הכללית מסרה בינואר 2012 שהפגייה במרכז הרפואי סורוקה שבבאר שבע שוכנת במבנה חד-קומתי שאינו ממוגן כלל, וכי חלק מהתקרה והקירות נבנו בלבני זכוכית. בעקבות איומים ביטחוניים מרצועת עזה, היה על הפגייה להתפנות למקום חלופי, אירוע שחזר על עצמו חמש פעמים במהלך תקופה זו.

להלן דוגמאות נוספות לאי-עמידה של בתי חולים בדרישות המיגון:

1. מהמרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (להלן - איכילוב בת"א) נמסר כי חדרי הניתוח אינם ממוגנים הן מפני מתקפה קונבנציונלית והן מפני מתקפה כימית. המרכז כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 כי הוכנה תכנית אב למתן פתרונות מיגון בחדרי הניתוח שבהם הדבר אפשרי מהבחינה הטכנית, אולם העבודות צפויות להסתיים רק במהלך שנת 2014.
2. המרכז הרפואי שיבא בתל השומר כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 כי 16 מחדרי הניתוח המרכזיים במרכז הרפואי אינם ממוגנים כלל וכי משרד הבריאות הסכים שיש צורך חיוני להכשיר עוד חדרים ממוגנים והוכנו תוכניות, אך הנושא ממתין לתקצוב. המחלקה לטיפול נמרץ

61 מבקר המדינה, "היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה" (2007).

62 מהם 4,547 נפגעי חרדה ו-2,732 נפגעי גוף.

63 ראו להלן בעניין מיגון חמ"ל הרשות העליונה לאשפוז.

64 טיוטה לאחר הערות משרד המשפטים מעודכנת ליולי 2010.

בשיבא אינה ממוגנת, וכך גם מגדל האשפוז המכיל את מרבית מחלקות בית החולים. תכניות מיגון חלקיות ממתונות לתקצוב.

3. מהמרכז הרפואי הלל יפה בחדרה, שבמלחמת לבנון השנייה היה בטוח הטיילים, נמסר כי בבניין אשפוז א' (הישן) כל הקומות, חדרי הניתוח והמלר"ד (המחלקה לרפואה דחופה) אינם ממוגנים; כמו כן כי מכון הדיאליזה מכוסה קירות זכוכית ופונה לכיוון גבולה הצפוני של מדינת ישראל, וגם הפגייה, חדרי הלידה ומחלקת היולדות אינם ממוגנים.⁶⁵

4. מהמרכז הרפואי לבריאות הנפש מזרע בעכו נמסר שהמבנים והתשתיות בו אינם ממוגנים אף שבמלחמת לבנון השנייה ספג פגיעה ישירה של רקטה שבעקבותיה פונה, ולמרות דוח מבקר המדינה בנושא.⁶⁶

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי מתוכנן מבנה ממוגן למזרע ושומרים להקימו בשנים 2013-2014, בכפוף למתן היתר בנייה על ידי הרשות המקומית.

5. מהמרכז הרפואי הגריאטרי שמואל הרופא בבאר יעקב נמסר כי יש מחסור במרחבים ממוגנים הן במחלקות האשפוז והן במבנים אחרים. השלמת מרחבים אלו טרם תוקצבה בגלל המצוקה התקציבית.

6. הכללית מסרה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2012 כי גם בבתי חולים רבים שבבעלותה אין שטחים ממוגנים למחלקות האשפוז, למחלקות לטיפול נמרץ ולחדרי ניתוח. על פי מכתב ששלחה הכללית בינואר 2012 למשרד הבריאות, יש צורך בכ-460 מיליון ש"ח למיגון אתרים קריטיים בלבד בבתי החולים שלה.

מיגון מבנים של מערכת הבריאות בקהילה: בתשובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2012 ציינה מכבי כי המדינה אינה מעמידה משאבים למיגון מוקדי חירום המופעלים כל השנה על ידי קופות החולים והאמורים להמשיך ולפעול גם בשעת חירום.

יצוין כי כבר בדוח המיוחד של מבקר המדינה על היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה⁶⁷ הועלה כי אי-היערכות מראש כנדרש להכנת מרפאות עם מרחב מוגן לעתות חירום פגעה במתן השירות לציבור.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 "שהקדשת תקציבים בהיקף כה גדול הטילה נטל משמעותי על תקציבי הפיתוח של מערכת האשפוז ודחקה במידה רבה פרויקטים נדרשים אחרים, גם לאחר תוספות התקציב המשמעותיות שהוקדשו לנושא. ככל שהתמונה אותה מתאר המבקר, לגבי חוסרים במיגון בתי החולים לאחר שש שנים של תכנון והשקעות ענק, נכונה, הרי שעניין זה מחייב רביזיה של קבלת ההחלטות במשרד הבריאות ובפיקוד העורף".

צה"ל כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "רק בשנים האחרונות נוצר שיתוף פעולה פורה והדוק בין האגף לשעת חירום במשרד הבריאות ובין מחלקת מיגון בפיקוד העורף. האגף בשיתוף עם המחלקה בוחן כל פרויקט בינוי חדש בבתי החולים ומתכנן לו מיגון על פי הסטנדרט הקבוע בהסכמות. בצד זאת, במסגרת פרויקטים של בינוי מבוצעות גם השלמות מיגון למבנים לא ממוגנים".

65 בבניין אשפוז ב' (החדש) יש מחלקות שבהן חדרי ממוגנים: כירורגיות, אורתופדיות, פנימיות, מחלקת נשים והיריון בסיכון גבוה, מחלקת ילדים, מלר"ד נשים, ילדים ויולדות וחדרי ניתוח.

66 ראו הערה 61.

67 ראו הערה 61.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי: "נכון להיום יש מיפוי של פערי המיגון במערכת הבריאות, כולל תוכנית על פי סדרי עדיפויות". צה"ל כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי פיקוד העורף יזם, מימן וביצע סקר מיגון מקיף לבתי החולים הכלליים בשנת העבודה 2010; וכי בהתאם לתכנית גובשו פקודות לבתי החולים המפרטות את המרחבים המוגנים, כדי שכל גורם ידע לאן להתפנות גם אם אינו פועל במרחב מוגן.

משרד מבקר המדינה מעיר כי אף שקיימת תכנית על פי סדרי עדיפויות להשלמת המיגון הנדרש בבתי חולים, חוסר במקורות תקציביים מונע את השלמת יישומה, ועדיין יש פערים משמעותיים בין צורכי המיגון ובין המצב בפועל ויש יחידות קריטיות שאינן ממוגנות.

מיגון תשתיות :

על פי טיוטת⁶⁸ התקנות המפרטות את דרישות ההתגוננות גם עבור מוסדות בריאות, נדרש מיגון היקפי בקירות שעוביים המזערי 25 ס"מ לקווי אספקה של אנרגיה, לרבות חשמל, מיזוג אוויר והסקה ושל גזים רפואיים. יצוין כי בבניית מבנים מודרניים, ובין השאר גם בתי חולים, מרבית קווי האספקה מוטמנים במנהרות לוגיסטיות תת-קרקעיות.

כדי להבטיח את המשך פעולתם של מוסדות בריאות בעתות חירום וכדי למנוע נזקים גדולים במקרה של פגיעה בצינורות תשתית המובילים חומרים נפוצים ודליקים, חשוב שבתי החולים יעמדו בהבנות המוסכמות לפי טיוטת התקנות.

מערכות גזים רפואיים מוגדרות כמערכות חיוניות ותומכות חיים. אולם גורמי הסיכון הנלווים לשימוש בהן רבים. מאפיינים אלה והתלות הישירה בין מצב המערכות ובין חיי אדם מחייבים הקפדה ואף החמרה בתכנון המערכות, בהתקנתן, בבדיקתן, בהפעלתן ובאחזקתן⁶⁹.

לברזילי באשקלון תפקיד חשוב בקליטת נפגעים - הן חיילים והן אזרחים - במקרה של עימות בדרום הארץ. משום שבית החולים עלול להיות נתון במתקפת טילים, כפי שקרה כמה פעמים בעבר, יש משנה חשיבות למיגון צינורות התשתית בו.

נמצא כי בברזילי באשקלון צינורות התשתית עוברים מעל פני הקרקע ואינם ממוגנים כלל. קיים חשש כי במקרה של פגיעה בהם לא ניתן יהיה לקיים הליכים רפואיים חשובים בבתי החולים, והשוהים בו אף יהיו נתונים בסכנת היפגעות מדליקות ומפיצוצים משניים. זאת נוסף על כך שבברזילי מרבית היחידות הרפואיות אינן ממוגנות. המרכז הרפואי פעל במצב זה גם במהלך כל תקופת מבצע "עמוד ענן" בנובמבר 2012.

להלן תצלום המתאר את צינורות התשתית החשופים בברזילי:

68 ראו הערה 64.

69 מתוך נוהל G-01, "מערכות גזים רפואיים", המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, 2006.



צינורות התשתית בברזילי שנמתחים על גבי גשר עילי חשוף וללא מיגון

גם בתגובת שיבא בתל השומר מאוקטובר 2012 צוין כי תשתיות המים, הקיטור והחשמל הפרושות בקמפוס אינן ממוגנות.

המרכז הרפואי הגריאטרי שמואל הרופא בבאר יעקב כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי יש בו מתקני תשתיות קריטיות שאינם ממוגנים, כגון חדרי הגנרטור, מאגרי המים, חדר שרתי המחשוב ומצבורי הדלק והחמצן.

מוכנות המבנים והתשתיות בבתי החולים והמוסדות הממשלתיים לרעידות אדמה - תמונת מצב

באפריל 2005 אישרה הממשלה את "תמ"א 38 - תכנית מתאר ארצית לחיזוק מבנים קיימים מפני רעידות אדמה"⁷⁰. התכנית חלה על כל שטח המדינה ונוגעת למבנים אשר היתרי הבנייה לבנייתם הוצאו לפני 1.1.80. מטרת התכנית הן לקבוע הסדרי תכנון לשיפור מבנים ולחיזוקם לצורך הגברת עמידותם מפני רעידות אדמה; לקבוע הנחיות לחיזוק מבנים קיימים כדי לשפר עמידותם בפני רעידות אדמה וכן לעודד ביצוע חיזוק המבנים כאמור על ידי תוספות בנייה.

בישראל נקבע לראשונה תקן לבנייה עמידה ברעידות אדמה באמצע שנות השישים של המאה העשרים; בשנת 1975 נקבע תקן ישראלי חדש - ת"י 413 (להלן - התקן). בשנת 1980 עוגן התקן

70 החלטת ממשלה מס' 3537.

בתקנות התכנון והבניה (בקשה להיתר, תנאים ואגרות), התש"ל-1970. התקן עודכן בשנים 1995, 1998 ו-2009.⁷¹ מבנים שנבנו מ-1.1.80 ואילך חייבים לעמוד בתקן.

מדינת ישראל שוכנת באזור המועד לרעידות אדמה העלולות לגרום פגיעות בנפש ונזקים רבים לרכוש. אם בעת רעידת אדמה ייפגעו מתקנים המכילים חומרים מסוכנים ודליקים, עלול הדבר לסכן את האוכלוסייה המתגוררת בסמוך לאותם מתקנים. מטרותיה העיקריות של ההיערכות לרעידות אדמה עתידיות הן בניית מבנים (כגון מבני ציבור ובתי מגורים) ותשתיות (כגון גשרים) על פי תקני בנייה המביאים בחשבון את האפשרות שיתחוללו רעידות אדמה, וכן חיזוקם של מבנים ותשתיות אשר הוקמו שלא על פי תקנים אלה.

על פי מאמר שפרסם המכון למחקרי ביטחון לאומי באוקטובר 2012,⁷² "ההיערכות לשעת חירום היא גורמת בטבעה, ויש בה מרכיבים רבים הדומים לתרחישי אסונות מידי אדם או אסונות מהטבע. כך שהתכונות לאסונות טבע בכלל ולרעידת אדמה בפרט, תורמת במישרין גם להתכונות לתרחישי העימותים הביטחוניים המקובלים".

משרד מבקר המדינה מתריע זה למעלה מ-20 שנה, בכמה דוחות, על אי-מוכנותן של תשתיות בתי החולים לרעידות אדמה. גם דוח הביקורת שפורסם במאי 2011⁷³ מתייחס לחיזוק בתי חולים בפני רעידות אדמה. באותו דוח הועלה כי בשנת 2006 עשה משרד הבריאות סקר בשישה בתי חולים השוכנים באזורים המועדים לרעידת אדמה, כדי לבחון את הצורך להגביר את עמידותם בפני אירוע זה. נמצא כי אף שהגורמים הנוגעים בדבר - הממשלה בכלל ומשרד הבריאות בפרט - החליטו בעקבות הסקר שיש לחזק בתי חולים בפני רעידות אדמה, הם לא תקצבו את החיזוק. האחריות למוכנות בתי החולים לרעידות אדמה מוטלת על משרד הבריאות, ומחלקת הרפואה של פיקוד העורף באמצעות ענף בתי החולים שבה מסייעת לו לממשה בכל הנוגע להדרכתם ותרגולם של בתי החולים לתרחיש של רעידת אדמה.

להלן דוגמאות לבתי חולים ומוסדות שעל פי דיווחים שנתקבלו מהמרכזים הרפואיים אינם עומדים בדרישות ההתגוננות בפני רעידות אדמה, כפי שעלה בדוח הביקורת הנוכחי:

1. המרכז הגריאטרי-שיקומי הממשלתי פלימן בחיפה דיווח למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי אינו מוכן לרעידת אדמה, וכי הבניין נבנה על פי קריטריונים מחייבים בשנות השבעים (אין תכנית בנייה) שלא מכוונים להגנה בפני רעידות אדמה, ולכן קיימת סכנה של קריסת המבנה. כדי למזער נזקים ופגיעות יש לבדוק את הצרכים ולאחר מכן לחזק את המבנה.
2. מנהל בית החולים הממשלתי לגליל המערבי בנהרייה כתב למשרד מבקר המדינה באפריל 2012 כי מחוסר תקציב לא בוצעו חיזוקים ולא בוצע מיגון בפני רעידות אדמה. מבנה האשפוז שבו ממוקמות בעיקר המחלקות הפנימיות נבנה בשנת 1980 ואוכלס בשנת 1991, ואולם הבניין נבנה בשיטת ה"פל-קל" שנמצאה כמסוכנת, ולכן הוא נמצא כמובן בסיכון יתר במקרה של רעידת אדמה. המנהל ציין כי הבניין זקוק לחיזוקים ושיש לשפץ את המעטפת החיצונית.
3. מאיכלוב בת"א נמסר כי בסקר על המוכנות לרעידת אדמה נמצאו פערים הן בתחום המערכות האלקטרו-מכניות והן בתחום הקונסטרוקטיבי. מרכז האנרגיה של המרכז הרפואי, לדוגמה, נבנה בשנות השישים ובתחילת שנות השבעים ללא תקנים למיגון ברעידות אדמה.

71 בתיקון האחרון, מספטמבר 2009, שולבה בתקן מפה המציגה אזורים שבהם תנודות הקרקע בזמן רעידות אדמה עלולות להיות חזקות במיוחד; באזורים אלה יש לבצע חקירה מפורטת של התשתית המקומית לצורך הפקת המידע הדרוש לשם תכנון מבנים עמידים ברעידות אדמה.

72 אלרן מאיר ואלכס אלטשולר, "עד כמה מוכנה ישראל לרעידות אדמה?", מבט על, גיליון 380, המכון למחקרי ביטחון לאומי, אוקטובר 2012.

73 מבקר המדינה, דוח מיוחד - עמידות מבנים ותשתיות ברעידות אדמה - תמונת מצב (2011).

4. המרכז הממשלתי הירושלמי לבריאות הנפש⁷⁴ כתב כי טרם בוצע סקר מוכנות לרעידות אדמה בקמפוסים שהוא מפעיל. המנהל האדמיניסטרטיבי של המרכז כתב: "כבית חולים קטן אין למרכז הירושלמי את משאבי הידע הפנימיים (כוח אדם מקצועי בתחומי הנדסה אזרחית) או את המשאבים הכלכליים לשכור מומחים לביצוע סקר תשתיות ממוקד עמידות בפני רעידות אדמה; קל וחומר שלא נוכל להעמיד משאבים לביצוע המלצות סקר שכזה".

5. מאברבנאל בבת ים נמסר למשרד מבקר המדינה באפריל 2012 כי רמת המוכנות לרעידות אדמה נמוכה ביותר.

6. המרכז הרפואי זיו בצפת, הנמצא באזור מועד לפגיעה מרעידת אדמה, כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי מבנה האשפוז המרכזי, מבנה בית הספר לאחיות והמבנים בקמפוס הישן אינם עומדים כלל וכלל בתקן רעידות האדמה. חלק מן המבנים נתונים בהליכים לחיזוק – כך למשל, בקרוב יפרסם בית החולים מכרז למגדל כיתות בחלקו המערבי, אשר יהווה תמיכה וחיזוק לאזור זה.

7. פוריה בטבריה, שנמצא גם הוא באזור מועד לפגיעה מרעידת אדמה, כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012, כי מבני מחלקות הדימות והפתולוגיה, מרפאות החוץ, האנרגיה (הסקה) והמעבדות הקליניות אינם עומדים בדרישות התקן לרעידות אדמה.

מדיווחי בתי החולים והמוסדות הממשלתיים למשרד מבקר המדינה עולה, כי עדיין ישנם בתי חולים ומוסדות שהמבנים בהם אינם בנויים לעמוד באירוע של רעידת אדמה. חלק מבתי החולים והמוסדות האלו נמצאים באזורים המועדים לרעידת אדמה. על המשרד, בתי החולים והמוסדות להשלים את סקרי המוכנות ולפי תוצאותיהם לקבוע לוחות זמנים ותקצוב להיערכות.

משרד הבריאות כתב ופירט למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 את הפעולות שהוא נוקט לקידום מוכנות מערכת הבריאות לרעידות אדמה, ובין השאר כי "קיימת תוכנית חיזוק מבנים בהתאם להחלטת הממשלה והתעדוף שנקבע ביחס למיקום בית החולים וסקר המבנים שבוצע".

משרד מבקר המדינה מעיר כי מהדיווחים שהתקבלו מבתי החולים עצמם עולה שלא בכולם בוצע סקר כאמור. חלק מבתי החולים אינם יודעים מתי ייכללו בתכנית לחיזוק מבנים. על המשרד ליידע את בתי החולים על הפעולות ולוחות הזמנים לביצוע והשלמת המוכנות לרעידות אדמה.

סידורי בטיחות אש בבתי החולים הממשלתיים - תמונת מצב

סידורי בטיחות אש נדרשים כדי לאפשר מניעת דליקות וגילוי, כיבוי ופינוי מהירים ויעילים במקרה שפרצה דלקה. סידורי בטיחות אש הוסדרו בין השאר בתקנות שירותי הכבאות (ציוד כיבוי בבתי חולים), התשל"ב-1972.

גודלו ומורכבותו של בית החולים והעובדה כי חלק מהחולים מוגבלים בתנועתם מצריכים מתן הוראות מיוחדות למניעת דליקות, לרבות הפרדות מתאימות ויצירת אזורים מוגנים, וכן הקפדה על ציוד מתאים ועל מתקני גילוי אש וכיבוי, שיאפשרו טיפול מהיר באירוע. יש להיערך לכך כדי לאפשר את פינוי החולים על ציודם, את המשך פעילות בית החולים בעת האירוע במידת האפשר, ובעיקר את חזרתו המהירה לפעילות שוטפת לאחר גמר הטיפול באירוע.

74 המרכז כולל שלושה קמפוסים - כפר שאול, איתנים בוגרים ואיתנים ילדים.

הוראות מפקח כבאות ראשי מפרטות גם סידורי בטיחות אש בבתי חולים ובמוסדות בריאות⁷⁵. בין השאר יש הנחיות על היקף המערכות לגילוי וכיבוי של אש אשר יש להתקין במוסדות ובבתי חולים על פי סוגם וגודלם. על פי ההוראות, מערכות כיבוי אוטומטיות יותקנו בכל בית חולים חדש הנמצא בשלבי בנייה ושטרם אוכלס ובבתי חולים שייבנה בעתיד. ההוראות מחייבות גם התקנת מערכות כיבוי אוטומטיות בכל המבנים של בתי החולים הקיימים זאת בתנאי שכל המבנים יחד מכילים יותר מ-100 מיטות.

חלק מבתי החולים ומוסדות הבריאות הממשלתיים דיווחו למשרד מבקר המדינה כי יש ליקויים בסידורי בטיחות האש בהם. להלן דוגמאות:

1. פוריה בטבריה כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 שמעבדת הפתולוגיה במרכז שוכנת במבנה ישן (וילה לשעבר) ששימש כגן ילדים לפני כ-25 שנה. בניגוד להוראות מפקח כבאות ראשי, ואף שבמרכז הרפואי 284 מיטות, נכון לסוף שנת 2010 המעבדה אינה עונה לדרישות התקנים ממעבדות. בין השאר אין בה מערכת כיבוי אוטומטית (ספרינקלרים), אף שמאוחסנים בה חומרים דליקים כפורמלדהיד ואלכוהול.

2. שיבא בתל השומר הוא בית החולים שבו מספר המיטות הגדול ביותר בישראל: בסוף שנת 2010 היו בו 1,430 מיטות. ואולם המרכז כתב למשרד מבקר המדינה במאי 2012 כי בניגוד להוראות מפקח כבאות ראשי יש בו שטחים נרחבים שמחוסר תקציב לא הורכבו בהם מערכות גילוי אש. מערכות כיבוי אש אוטומטיות מכסות רק כ-38% משטח הקמפוס. לדעת המרכז יש צורך דחוף בהשלמת המערכות החיוניות הללו.

3. הלל יפה בחדרה כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012, כי בחלק מן הבניינים נדרשת השלמת מערכות לכיבוי אש אוטומטיות, שעלותה נאמדת ב-800,000 ש"ח (לכל הבניינים יחד). עוד נמסר כי נדרשים 4.5 מיליון ש"ח כדי למלא דרישות אחרות של רשויות הכיבוי.

4. המרכז הרפואי הממשלתי לשיקום ולגריאטריה "דורות" בנתניה מסר, כי עדיין לא הוקצו תקציבים למילוי כל הדרישות לבטיחות אש. למשל, הוקצו רק 40% מהתקציב הדרוש למניעת שרפה בגגות רעפים, ולכן רק ב-4 מ-11 המבנים שבמרכז הרפואי מתבצעות עבודות למניעת שרפות. עבודות אלה אמורות להסתיים ב-2013.

5. המרכז הממשלתי הירושלמי לבריאות הנפש כתב למשרד מבקר המדינה כי בקמפוס האשפוז הפסיכיאטרי כפר שאול אין כלל מערכות כיבוי אש אוטומטיות כנדרש.

נציבות כבאות והצלה כתבה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 כי מוסדות רפואה ובתי חולים שאינם מקיימים את כל סידורי הכבאות כפי שנקבעו מסכנים את השהיה בהם, ושהנציבות דורשת יישום מיידי של כל דרישות בטיחות האש. עוד מסרה כי היא מבצעת עבודת מטה רחבה וממושכת עם הנהלת משרד הבריאות על מנת למסד את יישום כל דרישות בטיחות האש במוסדות רפואה ובתי חולים. בין השאר, במהלך הביקורת (ביוני ובאוגוסט 2012) קיים נציב כבאות והצלה דיונים עם מנכ"ל משרד הבריאות בפורום רחב, ובהם הוצגו ונדונו הפערים בבטיחות אש בבתי החולים ובמוסדות רפואה.

75 הוראות נציב כבאות והצלה ומפקח כבאות ראשי, "סידורי בטיחות אש בבתי חולים ומוסדות בריאות", פרק 500, מס' הוראה 505, דצמבר 1993, עדכון - דצמבר 2001.

מסיכום הדיון מאוגוסט 2012, בהשתתפות מנכ"ל משרד הבריאות ונציגי כבאות והצלה, שנדרשו בו ממצאי ועדה משותפת למערך הכבאות וההצלה ולמשרד הבריאות⁷⁶, עלה כי על מנת להשלים את כל דרישות בטיחות האש בבתי החולים הממשלתיים והציבוריים יש צורך בכ-140 מיליון ש"ח. 77 מיליון ש"ח נוספים נדרשים כדי להשלים את הפערים בבתי החולים של הכללית.

על משרדי האוצר והבריאות להגיע להסכמות על השלמת הפערים בנושא בטיחות האש. על הכללית להגיש למשרד הבריאות תכנית להשלמת הפערים בתחום זה בבתי החולים שלה.

תשתיות מערך עיקור מוצרים רפואיים ואחסנת ציוד רפואי במרכזים הרפואיים - תמונת מצב

בבתי החולים פועלות מערכות מורכבות מסוגים שונים, וחשוב שהתשתיות ותנאי התחזוקה שבהם יותאמו למערכות אלה המשרתות את הצרכים הייחודיים של המוסדות. לכן, למשל, הותאמו לחלק מהיחידות והמחלקות מערכות מיזוג אוויר מיוחדות⁷⁷ שאפשר לקבוע בהן את מספר החלפות האוויר המזערי הנדרש מדי שעה בכל חדר או אזור; כמו כן משרד הבריאות קבע בנוהל את שיטת הטיפול במערכות הגזים הרפואיים⁷⁸. כדי לספק סביבה הולמת לתקינות פעולתן של המערכות הייחודיות נדרש בית החולים גם לדאוג לשמירה על רמה גבוהה של ניקיון בכל היחידות והמחלקות, בין השאר כדי להימנע מזיהומים.

מצבן של תשתיות מערך העיקור:

תפקידו של מערך העיקור במוסדות רפואיים הוא לספק מוצרים סטריליים לפעולות השוטפות של המוסד ולמצבי חירום, כדי למנוע זיהומים והעברה של מחלות, וכך למנוע ולהפחית סבל של חולים ולעזור בשמירה על חיי אדם. השימוש החוזר במכשור ובציוד לפעולות רפואיות מחייב נקיטת כל האמצעים שיבטיחו את בטיחותו. תהליך ההכשרה של המכשור והציוד כולל חיטוי ראשוני, המקנה לצוות ולסביבה הגנה מפני גורמי זיהום שנותרו על המכשיר, וכן ניקוי, אריזה ועיקור⁷⁹. מערכות העיקור וסביבת העבודה שלהן מוגדרות כמערכות חיוניות. קיימת תלות ישירה בין תקינותן לבין רמת הסטריליות של המוצרים. להלן דוגמה לליקויים שנמצאו בתשתיות מערך העיקור בבתי החולים:

אסף הרופא בצריפין כתב למשרד מבקר המדינה באפריל 2012 כי מחלקת האספקה הסטרילית המרכזית מפוצלת בין כמה צריפים, אף שהשטח הנדרש לאספקה סטרילית הוא כ-1,000 מ"ר רצופים שבהם כל מכלולי העבודה, לרבות הפרדה בין אזור נקי לאזור מלוכלך; מצב זה פוגע בשרשרת העבודה השוטפת וגורר אילוצים רבים. בקרת רישוי שקיים משרד הבריאות באסף הרופא בנובמבר 2011 העירה על כך וציינה כי הפעילות במחלקה לאספקה סטרילית מתבצעת באמצעות

76 הוועדה הוקמה ביוני 2012 כדי לבחון בין השאר את הפער בין הדרישות והיישום בתחום בטיחות האש במערכת הבריאות.

77 נוהל AC-01, "מערכות מיזוג אוויר", המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, משרד הבריאות, 2006.

78 נוהל G-01, "מערכות גזים רפואיים", המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, משרד הבריאות, 2006.

79 בעניין זה ראו את הפרק "ריכוזי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה" עמ' 671.

עגלות החוצות את הכביש המפריד בין האזור הנקי לאזור הסטריליזציה. הבקרה סיכמה כי יש לשפר את החלוקה בין האזורים ולפעול להעברת השירות למתחם ייעודי מתאים ורציף.

איכות מערכות מיזוג האוויר :

במתקנים רפואיים מערכות מיזוג האוויר אינן משמשות רק לצורכי נוחות, אלא ממלאות פונקציות רפואיות ובטיחותיות כדוגמת מניעת הפצת מחלות, פינוי גזים וריחות ושמירה על תנאי אקלים מוגדרים לצרכים רפואיים שונים.

דוח בקרת רישוי של משרד הבריאות בברזיל באשקלון במאי 2012 קבע כי נצפו זבובים בחדר ניתוח. דוח הבקרה המליץ לדאוג לתפעול משטר מיזוג אוויר מתאים כדי למנוע הימצאותם של חרקים מעופפים.

המרכז הרפואי איכילוב בתל אביב כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012, כי מערכת מיזוג האוויר ביחידת האספקה הסטרילית אינה עומדת בתקנים⁸⁰ ויש להחליפה. מערכת מיזוג אוויר לא תקינה במחלקה שאחראית על ניקיון ועיקור של מכשירים רפואיים עלולה לסכן את העובדים, שכן לא מתקיימת תחלופת אוויר על פי התקנים.

איכילוב כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 כי כדי לעמוד בדרישות משרד הבריאות החל הליך להחלפת מערכת מיזוג האוויר ביחידה לאספקה סטרילית, והעבודות אמורות להסתיים במהלך שנת 2013.

פגמים בתשתיות הפוגעים ברמת הניקיון ובמניעת זיהומים :

פוריה בטבריה כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי מחסן הציוד הרפואי נמצא מתחת למטבח, וכי צנרת המים והביוב של המטבח מגירים נוזלים באופן תמידי על מדפי הציוד הרפואי ועל הציוד לשעת חירום המאוחסן שם.

בדוח בקרת רישוי של משרד הבריאות בבית החולים ברזילי באשקלון במאי 2012 נמצא באחד מתדרי הניתוח רמקול כריזה חלוד, ובחדר ניתוח אחר נצפתה רטיבות בתקרה. חלודה ורטיבות עלולים להיות בסיס להתפשטות זיהומים.

תמונת המצב מראה שבבתי החולים קיימים ליקויים בתשתיות העלולים להשפיע אף על רמת הניקיון הבסיסית הנדרשת במוסד רפואי. על משרד הבריאות ובתי החולים לאסוף בדחיפות מידע על בעיות התשתית במרכזים הרפואיים ולקבוע לוחות זמנים לתיקון הליקויים בנושא חשוב זה.

80 נוהל S01 "אחזקה של מערך מחזור ועיקור במרכזים רפואיים", המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, משרד הבריאות, 2007.

קיום הוראות, חוקים ותקנות חדשים - חשמל, הגנת הסביבה ותברואה

גגות אזבסט שטרם הוחלפו ואי-עמידה בדרישות נוספות של הגנת הסביבה:

מוצרי אזבסט אינם נחשבים מסוכנים כל עוד מצבם תקין ואין מבצעים בהם פעולות של קידוח, ניסור, חיתוך וכו'. אולם מוצר המכיל אזבסט יבש ומתפורר, דהיינו אזבסט שהפך לחומר פריך (להלן - אזבסט פריך), נעשה בעל פוטנציאל גבוה מאוד לשחרור סיבים מסוכנים לאוויר. אזבסט הוכח כמסרטן בבני אדם; חדירת סיביו למערכת הנשימה והצטברותם בגוף האדם עלולות לגרום למחלות כגון סרטן הריאות⁸¹. חוק למניעת מפגעי אזבסט ואבק מזיק, התשע"א-2011. קובע בין השאר הוראות בדבר איסור שימוש חדש באזבסט, הפסקת השימוש הקיים באזבסט פריך וצמצום החשיפה של הציבור לאזבסט. החוק אף קובע את הפעולות שיש לנקוט כאשר מתגלה אזבסט פריך במקום ציבורי מקורה. לכן חשוב כי כל גגות האזבסט בבתי החולים יישמרו ללא שברים, סדקים או התפוררות, או שיוחלפו, כפי שנעשה בכמה מבתי החולים⁸². יצוין כי הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה כי היא פועלת להסרת כל האלמנטים מאזבסט, ללא יוצא מן הכלל, וכי מרבית האלמנטים כבר הוסרו.

נמצא כי בחלק מבתי החולים קיימים שטחים נרחבים של גגות אזבסט, ולפי הדיווחים של בתי החולים - בחלק מן המקרים יש צורך להחליפם.

מאסף הרופא בצריפין נמסר למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי שטח המבנים והגגות בבית החולים העשויים אזבסט הוא 17,400 מ"ר (כ-8% משטח המרכז), לרבות גגות של מחלקות אשפוז, מרפאות, מכונים, מחסנים ומשרדים. להערכתם בחלק מן המקרים יש צורך בהחלפה של הגגות.

ברזילי באשקלון כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי יש צורך בהחלפת גגות אזבסט במבנים בבית החולים. עלות ההחלפה מוערכת בכ-600,000 ש"ח.

מסיכום שעשה המינהל לתכנון ביולי 2011 עולה שנדרשים כ-41 מיליון ש"ח כדי לענות על הצרכים שהעלו בתי החולים הממשלתיים בכל הנוגע להחלפת גגות האזבסט, וכן כדי למלא דרישות נוספות של המשרד להגנת הסביבה⁸³.

עמידה בדרישות בנושאי חשמל ותברואה - תמונת מצב:

1. מתקני חשמל באתרים רפואיים: תקנות החשמל (מתקני חשמל באתרים רפואיים במתח של עד 1000 וולט), התשנ"ה-1994 ותקנות החשמל (מתקני חשמל באתרים רפואיים במתח שאינו עולה על מתח נמוך, תשע"ב-2012 שהותקנו בהתאם לחוק החשמל, התשי"ד-1954) מפרטות את הדרישות ממתקני חשמל באתרים רפואיים כגון - תכנון מערכות חשמל, התקנתן ובדיקתן מעת לעת. בהתאם לדרישות התקנות משנת 1994 הוצא נוהל של משרד

81 מקור: אתר האינטרנט של המשרד להגנת הסביבה, www.sviva.gov.il.

82 מבקר המדינה התייחס לנושא האזבסט בצה"ל בשורה של דוחות קודמים: "הטיפול בהסרת לוחות אזבסט בצה"ל ובמשרד הביטחון", דוח שנתי 57 א (2006), עמ' 119; "פעילותם של צה"ל ושל משרד הביטחון בתחום הגנת הסביבה בצה"ל" - מעקב מורחב, דוח שנתי 61 א (2011), עמ' 221.

83 כמו החלפת דודי הסקה וקיסור המופעלים במזוט וביטול מרכזי מים שאינם ידידותיים לסביבה.

הבריאות⁸⁴. מטרת הנוהל להבטיח מראש היבטים של בטיחות השימוש במתקני חשמל ובכלל זה את אמינות המערכות ופעולתן השוטפת, כאשר במתקנים מסוימים יש להבטיח פעולה רציפה של המערכות בכל שעות היממה ללא הפסקה.

נוסף על האמינות הנדרשת ממערכות חשמל שמפעילות מערכות קריטיות בבתי חולים, אחד הייעודים החשובים של עמידה בכל הכללים שנקבעו לתכנון, התקנה ובדיקה של מערכות חשמל הוא מניעת שרפות העלולות להיגרם מתקלות במערכות אלה.

מתגובת נציבות כבאות והצלה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2012 עולה כי 25% מ-16 אירועי השרפות בבתי חולים ובמוסדות רפואה שהתרחשו בין ינואר 2012 לאוקטובר 2012, החלו בגלל תקלות במערכות חשמל.

בתי החולים ברזילי באשקלון ופוריה בטבריה כתבו למשרד מבקר המדינה, כי חלק מלוחות החשמל המותקנים בהם אינם עומדים בדרישות הנוהל.

מסיכום שעשה המינהל לתכנון ביולי 2011 עולה שנדרשים כ-71 מיליון ש"ח כדי לענות על הצרכים שהעלו בתי החולים הממשלתיים הקשורים בעמידה בדרישות נוהלי החשמל.

2. **דרישות תברואה במערכות המים :** מערכות התברואה בבתי חולים ובמוסדות רפואיים דורשות תחזוקה וחידוש, בין השאר כדי למנוע את התפתחות חיידקי הליגיונלה⁸⁵ במערכות המים המרוכות. תשתית מערכות המים של בתי החולים צריכה להיות תקינה כדי שתוכל לספק בין השאר גם את צורכי המערכות לכיבוי אש.

מסיכום שעשה המינהל לתכנון ביולי 2011 עולה שנדרשים כ-46 מיליון ש"ח כדי לענות על הצרכים שהעלו בתי החולים הממשלתיים בכל הנוגע לשיפור מערכות המים והתברואה, בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

שימוש במבנים ובתשתיות במערכת האשפוז לפני קבלת כל האישורים הנדרשים

שימוש במבנים :

אכלוס בניין חדש מכל סוג שהוא דורש את אישורם של גורמים שונים כגון פיקוד העורף ושירותי הכבאות, ולאחריו את אישור הוועדה המקומית לחיבור הבניין לתשתיות ומתן תעודת גמר (טופס 4). הדבר חשוב אף יותר כאשר מדובר בבניין ציבורי המשמש את מערכת האשפוז, ואשר מלבד המאושפזים עוברים בו אנשים רבים מדי יום ביומו.

84 נוהל E-01, "מתקני חשמל באתרים רפואיים", המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי במוסדות רפואה. מהדורה ראשונה - 2003, עדכון - 2006.

85 חיידק ממשפחת הליגיונלה הוא המחולל את מחלת הליגיונריס, שהיא צורה של דלקת ריאות. המחלה מועברת דרך מערכת הנשימה לאחר שאיפת רסיסי מים הנישאים באוויר והמזוהמים בחיידקי ליגיונלה. אלה מתפתחים באופן מואץ במערכות אספקת מים בתנאים מסוימים - במים עומדים; בטווח מסוים של טמפרטורות; ועל מצע של משקעי חלודה ואבנית.

בביקורת בהלל יפה בחדרה נמצא כי לאחר שנים רבות של עיכובים במסירת בניין אשפוז ב' החדש, ובהוראת מנהל בית החולים, אוכלוס המבנה בספטמבר 2010 לפני קבלת כל האישורים הנדרשים (טופס 4). נוצר מצב שמשרד הבריאות לא הכיר במגדל האשפוז החדש, ועל כן תוקצבה התחזוקה שלו רק על פי תוספת המיטות ולא על פי תוספת השטחים, אף שנדרשים כ-5.5 מיליון ש"ח כדי למלא צרכים שונים כגון דרישות המיגון של פיקוד העורף. רק בפברואר 2011, כחמישה חודשים לאחר אכלוס המבנה, התקבלו כל האישורים.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "הבניין החדש בהלל יפה אוכלס בהסכמה עם כל הגורמים הנוגעים בדבר לרבות כיבוי אש תוך התחייבות לסיים את כל הנדרש בתוך פרק זמן נתון על מנת לקבל טופס 4. המשרד סבור כי עדיף להיכנס לבניין חדש שנבנה על פי היתר ובאישור כל הגורמים הרלבנטיים גם אם אין לו פורמאלית טופס 4 ולא להשאיר חולים במבנים ישנים שלא עומדים בכלל בדרישות התקנים העכשוויים".

עוד נמצא כי מבנה המיון החדש בבית החולים פוריה בטבריה מאוכלס מספטמבר 2011 בהוראת מנהל בית החולים, וזאת לפני שהושלמו כל המערכות על פי דרישות פיקוד העורף ולפני שהתקבל טופס 4; זאת עקב מצוקת אשפוז קיצונית שנוצרה במחלקה הישנה לרפואה דחופה (חדר המיון) במרכז הרפואי. מנהל המרכז הרפואי גם כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי ביולי 2012 אוכלס גם מבנה אגף יולדות חדש, שבעת כתיבת תגובתו טרם קיבל טופס 4.

הפעלת מערכות אגירת מים:

תקנות בריאות העם (מערכות בריכה למי שתיה), התשמ"ג-1983, קבעו כי אין לבנות מערכת בריכה, אלא לפי תכנית שאישר מהנדס התברואה המחוזי של לשכת הבריאות המחוזית. כל שינוי בתכנית המאושרת מצריך גם הוא את אישור מהנדס התברואה המחוזי.

במרץ 2012 פרסם ראש שירותי בריאות הציבור חוזר שנושא "הנחיות לניצול מים נאספים (מי גשם, עיבוי מזגנים, רכז⁸⁶ RO/UF)⁸⁷". החוזר קובע בין היתר את החלות והאחריות לאישור המערכת ותפעולה; את השימושים המותרים בבניינים ציבוריים ובבנייני מגורים; וכללים לתכנון המערכת, לתפעולה ולתחזוקה. בחוזר נקבע בין השאר שמערכת המים הנאספים מצריכה את אישור מהנדס הוועדה המקומית לתכנון ובנייה.

חוזר ראש שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות מפברואר 2012, שנושא "הנחיות לפיקוח על מוסדות רפואיים - פרק המים"⁸⁸, קבע כי "כל שינוי מהותי במערכת המים, לרבות הוספת מתקני טיפול, מחייב אישור מוקדם של רשות הבריאות".

מערכת המים של שיבא בתל השומר תוכננה ונבנתה עוד לפני הקמת המדינה. המערכת כוללת בין היתר: שלוש בארות עמוקות (שתיים פעילות); שתי ברכות אגירת מים (מגדלים); ברכת אגירת מי גשמים להשקיה ולצורכי כיבוי אש שנפחה 50,000 מ"ק, אורכה 150 מטר ורוחבה 100 מטר (להלן - ברכת האגירה); ברכה למניעת שיטפונות מי גשם עד 8,000 מ"ק; וברכת עורפים שנפחה כ-2,500 מ"ק.

86 מי רכז ממערכות התפלה בשיטת אוסמוזה הפוכה או שיטות אחרות המוזנות במי שתייה בלבד.

87 חוזר מס' 7/12, מרץ 2012.

88 חוזר מס' 5/12, פברואר 2012.

שימוש במים נאספים, כפי שעושים למשל בבריכת האגירה בשיבא, ללא נקיטת אמצעים מתאימים עלול לגרום לסיכונים תברואתיים: חדירתם למערכות מי שתייה בשל חיבורי כלאיים; שתייה מקרית ממערכת אספקתם; יצירת מטרדי ריח בעקבות תחזוקה לקויה.

בביקורת שעשתה לשכת הבריאות המחוזית בפברואר 2012 נמצא כי בניגוד לתקנות בריאות העם, ביצע שיבא בתל השומר שינויים מהותיים במערכות אספקת המים שלו ללא ידיעתה ואישורה של המחלקה לבריאות הסביבה במשרד הבריאות. בין השינויים שבוצעו - הפעלת מערכת לקליטת מי גשם בשלושה מאגרי קליטה פתוחים שנפחיהם עשרות אלפי מ"ק.

בתוספת לצו רישוי עסקים (עסקים טעוני רישוי), התשנ"ה-1995, נכלל בין העסקים הטעונים רישוי גם מתקן להפקת מי שתייה וטיפול בהם. זאת בין השאר כדי להבטיח את בטיחות הנמצאים במקום העסק או בסביבתו.

בביקורת שעשתה לשכת הבריאות המחוזית בפברואר 2012 נמצא כי בית החולים שיבא מפעיל את שתי הבארות בשטחו ולשימושו ללא רישיון עסק.

שיבא טען במכתבו למשרד מבקר המדינה מיולי 2012 כי זה עשרות רבות של שנים לא חלו שינויים משמעותיים במערך המים בבית החולים, להוציא פעולות תחזוקה, טיהור מים, תיקונים וכדומה. עוד טען בית החולים כי פנה במאי 2012 למהנדסת המחוז של לשכת הבריאות המחוזית בבקשה לסייע לו ברישוי הבארות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על מנת לשמור על בטיחותם של כל מי שעלול להיפגע מליקויים אפשריים במאגרי המים בבית החולים שיבא, על משרד הבריאות הן כבעלים של בית החולים והן כמאסדר וגם על לשכת הבריאות המחוזית לפעול להסדרת הפעלתם של מתקני אגירת המים כדין.



על פי תמונת המצב שמצטיירת, יש ליקויים משמעותיים בתשתיות בתי החולים והמוסדות הרפואיים הממשלתיים. אלה בשילוב מצוקות התקציב מובילים בסופו של דבר למצב שבו חולים מאושפזים בתנאים לא ראויים, שאינם עונים על הצרכים המודרניים של מחלקה או יחידה במוסד רפואי. הצפיפות שנוצרת עלולה לגרום בין השאר להגברת התחלואה, לאשפוזים חוזרים ולפגיעה בכבודו ובפרטיותו של המטופל. בין השאר, אין עמידה בדרישות החקיקה ובדרישות משרד הבריאות בתחומים של מיגון, בטיחות אש ומוכנות מבנים ותשתיות לקראת רעידות אדמה.

הכללית ביקשה לציין בתגובתה מנובמבר 2012 כי תמונת המצב "אינה שונה במהותה מתמונת המצב הקיימת גם במרכזים הרפואיים של הכללית המספקים שירותי בריאות באופן שוויוני לכלל אוכלוסיית מדינת ישראל".

גם בבתי החולים ובמרפאות המטפלים בתחום בריאות הנפש קיימים ליקויים משמעותיים ביותר בתחומי הבינוי והתשתיות. נושא זה מחייב שיקול דעת ותשומת לב בעת בחינת המשאבים ושל סדרי העדיפויות.

מנהלי בתי חולים ממשלתיים מסרו למשרד מבקר המדינה כי הם מתריעים על כך שהשיקפה בתקציבי הפיתוח והתחזוקה גורמת לחוסר עמידה של בתי החולים בדרישות של חוקים ותקנות חדשים הקשורים בין השאר לבטיחות. הדבר עלול לסכן את חייהם של כל הבאים בשעריהם. כמו כן, אי-עמידה בחוקים ותקנות מסוימים הקשורים לבטיחות חושפת את מנהלי בתי החולים באופן אישי לתביעות במקרה של אירוע⁸⁹.

מלבד אומדנים ראשוניים שמסתכמים במיליארדי שקלים, אין למשרד הבריאות צפי של הסכומים הנדרשים לשיפור מצב הבינוי והתשתיות⁹⁰; זאת למעט בנושאי חשמל, איכות הסביבה, כיבוי אש ותברואה בבתי החולים ובמוסדות הממשלתיים בלבד - לאלה נדרשים, נכון ליולי 2011, כ-243 מיליון ש"ח. כאמור, סכום זה אינו כולל מוסדות בריאות של קופות החולים, מוסדות ציבוריים אחרים ומוסדות פרטיים.

על משרד הבריאות מוטלת אחריות ממלכתית להבטיח את אספקת שירותי הבריאות לכלל התושבים במדינת ישראל. לכן עליו, באמצעות שר הבריאות, להביא לידיעת הממשלה והכנסת את מצבם הגרוע של הבינוי והתשתיות במערכת הבריאות. על מקבלי ההחלטות מוטלת האחריות לשקול בכובד ראש את הדרישות התקציביות על פני שנים ועל פי סדר עדיפויות; זאת כדי להביא את התשתיות למצב סביר, כראוי למדינה מפותחת, ויש לתת משנה תשומת לב לדרישות הקשורות לבטיחות ולפעול מיד להשלמת הפערים בתחום זה.

תחזוקת מבנים ותשתיות בבתי החולים ובמוסדות הממשלתיים

משרד מבקר המדינה בדק היבטים בתחזוקת המבנים והתשתיות בבתי החולים ובמוסדות הממשלתיים. לתחזוקתם הראויה של המבנים חשיבות רבה בייחוד לאור תמונת מצבם של הבינוי והתשתיות במוסדות אלו. להלן הממצאים.

כוח אדם לתחזוקה

תחזוקת מבנים ותשתיות היא פעילות מורכבת, בפרט בבתי חולים ומוסדות רפואה, שתקלה בתשתיות ובמבנים בהם עלולה להשפיע על חיי אדם. התחזוקה מצריכה כוח אדם מקצועי מתחומים מגוונים, כגון חשמל, מיזוג אוויר, הנדסה והנדסה רפואית. תחזוקת מבנים של בתי חולים ושל מוסדות בעיקר כאלו שבהם מיון ומחלקות אשפוז, מחייבת ניטור וכווננות רציפה, 24 שעות ביממה ושבעה ימים בשבוע. לכן נדרשת הלימה בין המשימות לבין היקפו, איכותו והכשרתו של כוח האדם המקצועי הנדרש.

89 למשל בתחום בטיחות אש - חוק שירותי הכבאות, תשי"ט - 1959, סעיף 6 קובע כי האחראים למילוי החובה על פי החוק והתקנות הם הבעלים והמחזיק; פקודת הנוזיקין קובעת (39) כי קיימת חובת הראיה ברשלנות לגבי אש - "על הנתבע הראיה שלא הייתה לגבי מקורה של האש או התפשטותה, התרשלות שחייב עליה", הפקודה גם קובעת כי במקרים של מעשה שנעשה ביודעין מתוך כוונה לגרום נזק או בשוויין נפש לאפשרות לגרימתו, לא תחול חסינות על עובד ציבור.

90 ראו גם להלן.

בכללית, המפעילה כאמור 14 בתי חולים, קיימת נוסחה (מפתח תקינה) לקביעת מספר המשרות הנדרש לתחזוקה, ובה התייחסות משוקללת לפרמטרים כגון מספר מיטות בתקן, מרחק גישה ושטח ריצוף.

נמצא כי לא משרד הבריאות ולא נציבות שירות המדינה, המופקדת על התקינה בבתי החולים הממשלתיים, קבעו מפתחות תקינה לעובדי תחזוקה במערכת הבריאות הממשלתית, ולכן כל מנהל בית חולים ממשלתי קבע את מספרם ותמהילם של עובדי התחזוקה בבתי החולים שלו.

משרד הבריאות כתב ביולי 2012 למשרד מבקר המדינה כי במחלקות התחזוקה בבתי החולים הממשלתיים מופעלת שיטה של שכר עידוד, שבוחנת את היקפי הפעילות שבוצעו. בהתאם לכך נעשים ניתוח של צרכי התחזוקה והערכה נכונה של צורכי כוח האדם ביחידות.

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי למנוע פגיעה ברמת התחזוקה של המבנים והתשתיות בגלל שיקולים כלכליים, על משרד הבריאות ונציבות שירות המדינה לקבוע מפתחות תקינה שמתבססים על כמה מדדים, כפי שעושה הכללית.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "המשרד מאמץ את ההמלצה ויפעל לקבוע תקינה תוך התחשבות בפרמטרים. המשרד יבצע בדיקה עם הכללית לגבי התקינה הקיימת אצלה. יש להדגיש כי נושא התקינה צריך להיות מאושר על ידי אגף התקציבים באוצר".

המרכז הממשלתי הירושלמי לבריאות הנפש כתב למשרד מבקר המדינה כי מצבת כוח האדם בו לא מאפשרת תחזוקה שוטפת. לדעתם אין צורך להגדיל את כוח האדם, אלא לקנות את שירותי התחזוקה המתמחים בתחומים הטכניים השונים מספקים חיצוניים, משום שכל שהמתקנים והמערכות מתקדמים יותר כך נדרשת מומחיות רבה יותר בתחזוקתן. ואכן, סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש במשרד הבריאות כתב ביולי 2012 למשרד מבקר המדינה כי בחלק מבתי החולים עבודות התחזוקה או חלקן נעשות באמצעות קניית שירותים, ולא על ידי עובדי בית החולים.

מצד אחד יש המחזיקים בדעה התואמת את גישת המרכז הירושלמי הממשלתי לבריאות הנפש לפיה יש לקנות מספקים חיצוניים את שירותי התחזוקה המתמחים בתחומים הטכניים השונים; מצד שני קיים יתרון גם בהכרת המערכות בכל בית חולים בנפרד, ולכן יש המצדדים בדעה כי עבודות תחזוקה צריכות להתבצע באמצעות עובדי בתי החולים ולא באמצעות ספקים חיצוניים.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי לדעתו "קביעת מפתחות תקינה קשיחים במגזרי פעילות נוספים, תגביל עוד את יכולתן של הנהלות בתי החולים בניהול כוח האדם, עד כדי ניוון ופגיעה של ממש בתפקוד בתי החולים".

ואולם נמצא כי משרד הבריאות לא עשה עבודת מטה בשיתוף המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד האוצר ונציבות שירות המדינה שמטרתה לבחון אילו עבודות תחזוקה, אם בכלל, יש לבצע באמצעות עובדי בתי החולים ואילו עבודות תחזוקה יש לבצע באמצעות קניית שירותי תחזוקה מחברות המתמחות בתחומים הדורשים מומחיות מיוחדת.

מנהל אגף בכיר (בריאות) בפועל בנציבות שירות המדינה כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012, כי "בקרוב הנהלות בתי החולים, גורמי משרד הבריאות ואגף התקציבים באוצר קיימות תפיסות ודעות שונות לגבי האופן שבו נכון להפעיל שירותים אלה [תחזוקה]. האם במסגרת מצבת כ"א המבוססת על עובדי בית החולים או בדרך של קניית שירותים מספקי שירותים... כיום הקצאת

התקנים למחלקות השונות ובכלל זאת מחלקות האחזקה, מבוצעת על ידי הנהלות בתי החולים... במסגרת מתווה הרפורמה המתגבשת בתקופה זו בנציבות שירות המדינה... כך שגם בעניין זה, על הפרק שינוי אפשרי בגישה הנוכחית".

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרדי הבריאות והאוצר, נציבות שירות המדינה בשיתוף בתי החולים לגבש עמדה על האופן שבו נכון להפעיל את שירותי התחזוקה בבתי החולים הממשלתיים, ולפעול על פיה.

תחזוקת שבר במקום תחזוקה מונעת

פעולות תחזוקה של המבנה ושל המערכות הפועלות בו מיועדות לשמור על תפקודם התקין של הבניין והמערכות ועל ערכם הכלכלי, על חזותו של הבניין, כמו גם על בריאותם ועל בטיחותם של המשתמשים בהם, של המבקרים בו ושל החולפים על ידו⁹¹.

יש כמה גישות מקובלות למדיניות תחזוקה: ⁹² (א) תחזוקת שבר (Breakdown Maintenance) - האסטרטגיה הפשוטה ביותר לביצוע פעולות התחזוקה. לפיה, כל פריט ניוצל עד אשר הוא נפגם או איננו מצליח עוד למלא כראוי את תפקידו. תחזוקת שבר אינה מצריכה תכנון מוקדם של עבודות תחזוקה; (ב) תחזוקה מונעת (Preventive Maintenance) - אסטרטגיה המבוססת על הקטנת הסיכוי לכשל פתאומי של רכיב. עיקרה טיפול תקופתי קבוע ובמרווחי זמן ידועים לכל אחד מרכיבי המבנה. לתחזוקה מונעת יתרונות על תחזוקת שבר בכך שהיא שומרת על תקינות המבנה ועל שלמותו בכל נקודת זמן, כמעט ללא תקופות של תפקוד במצב של כשל - יתרון שהוא הכרחי כאשר מדובר בבתי חולים ומוסדות רפואה. החיסרון בשיטה זו הוא הצורך בצוותי עבודה בתעסוקה מלאה; (ג) תחזוקה מותנית מצב (Condition Based Maintenance) - תחזוקה המבוצעת בתגובה על הרעה משמעותית במצבו או בתפקודו של רכיב מסוים במבנה. בשיטה זו מתקבלות ההחלטות באופן שוטף ומתמיד על כל רכיב - אם הוא מסוגל להמשיך ולמלא את ייעודו, אם לאו.

במחקר⁹³ נמצא כי ניתן להגדיל את יעילות התחזוקה במרבית בתי החולים על ידי ביצוע ביקורות תקופתיות באופן עקבי. ניתן ליישם תחזוקה מונעת ומתוכננת באמצעים פשוטים ובהוצאה כספית נמוכה. עם זאת, תחזוקת השבר עדיפה ברכיבים אשר עלות הכשל שלהם נמוכה.

מדיווחי בתי החולים והמוסדות הממשלתיים עולה כי בשל אילוצי התקציב⁹⁴ הם משתמשים בתחזוקת שבר בכל סוגי הרכיבים, ואין תכנון מוקדם של עבודות תחזוקה כדי להקטין את הסיכוי לכשל פתאומי של מערכות - כלומר אין תחזוקה מונעת או תחזוקה מותנית מצב.

91 מכון התקנים הישראלי קבע, למשל, את תקן 1525 - "ניהול תחזוקת בניינים", החל על התחזוקה של הרכיבים, הגימור והסביבה הקרובה של בניינים למגורים ושאינם למגורים, כדוגמת בתי חולים.

92 R.N.W Horner, M.A El-Haram and A.K Munns, "Building Maintenance Strategy: A New Management Approach", *Journal of quality in maintenance engineering*, 3 (1997), pp. 280-273.

93 ד"ר יגאל מ' שוחט, שראל ליבוביץ', אינג' דני בר-און, ניהול תחזוקה כוללני של בניינים עתירי מערכות, 2001.

94 עוד בנושא זה ראו להלן בפרק "מודל תקציב תחזוקה של מבנים עתירי מערכות".

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות ובתי החולים לבחון איזו מדיניות תחזוקה עדיפה לכל סוג פעילות ולקבוע קווים מנחים בנדון, תוך לימוד שוטף ושיתוף הידע מניסיונם של כל המרכזים הרפואיים בארץ.

תקציבי הפיתוח והתחזוקה של בתי החולים הממשלתיים - תמונת מצב

תקציב המדינה הוא האמצעי העיקרי לביצוע מדיניות הכלכלית והחברתית של הממשלה. התקציב מבטא את סדר העדיפויות של קובעי המדיניות ושל הגורמים המבצעים. חלק מן הפרויקטים מבוצעים וממומנים באמצעות המינהל לתכנון שבמשרד הבריאות, האחראי לתכנונם ולתקצובם בהתאם לתקציב המדינה שאושר לצרכים אלו.

התחזוקה השוטפת של בתי החולים הממשלתיים היא באחריות של כל אחד מהם וממומנת מתקציבם. חלק מתקציב זה מקורו בתקציב המדינה, שמוקצה לכל בית חולים באמצעות המינהל לתכנון, תקצוב ותמחור שבמשרד.

לנוכח הליקויים המשמעותיים בתשתיות במערכת הבריאות והצפי לגידול באוכלוסייה ובתוחלת חייה, בדק משרד מבקר המדינה את נושא תקציבי הפיתוח והתחזוקה של משרד הבריאות.

היעדר תכניות עבודה רב-שנתיות מתוקצבות לבינוי במערכת הבריאות

כלל מערכת הבריאות:

פרויקטים של בנייה ופיתוח הם ארוכי טווח, ומערכת הבריאות בישראל מבצעת כאמור פרויקטים רבים של פיתוח בעלויות של מעל מיליארד ש"ח לשנה, כל שנה. לצורך פיתוח מערכת הבריאות ראוי שהמשרד כמאסדר (רגולטור) יכין תכנית אב רב-שנתית לבינוי והצטיידות. על התכנית להביא בחשבון את כל הצרכים העכשוויים והצפויים של המערכת (בין השאר הגידול הצפוי באוכלוסייה והזדקנותה), לתקצב אותם וכן לתקן את כל הליקויים המשמעותיים הקיימים בתשתיות. על תכנית העבודה הרב-שנתית לכלול את כל המידע ואת כל התכניות בכלל מערכת הבריאות, בין השאר משום שמשרד הבריאות תומך גם בפיתוח בתי חולים שאינם ממשלתיים⁹⁵. כל תכנית כזו חייבת להיות מתוקצבת ולפרט את מקורות המימון.

ואולם נמצא כי אין בידי המינהל לתכנון שבמשרד הבריאות תכנית עבודה רב-שנתית שכזו.

לדברי סמנכ"ל לתכנון ובינוי מוסדות רפואה, משרד האוצר לא מוכן לדון כלל בתכנית רב-שנתית. למשרד יש אומדנים ראשוניים (טרם תכנון) של עלויות שיפור מצב הבינוי והתשתיות, אולם לדעתו של הסמנכ"ל הבעיה היא תקציבית בלבד.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי "לא בטוח כי יש מקום לתכנון מרכזי מפורט של תקציבי הבינוי במוסדות בריאות. הגם שלרעיון של תכנון מרכזי ארוך טווח של בינוי במערכת הבריאות כוח משיכה לא מבוטל, לאור גודלה ומורכבותה של המערכת

95 למשל, ב-2012 הסתיימה בנייתו של מגדל אשפוז חדש בבית החולים הדסה עין כרם. מדינת ישראל מימנה כ-180 מיליון ש"ח מעלות הקמתו, שהסתכמה בכמיליארד ש"ח.

ופערי המידע, שחלקם לא ניתנים לגישור, תכנון שכזה צפוי להביא לתוצאות נחותות משמעותית ביחס לתכנון מבוזר, וזאת מאותם הטעמים שתכנון מרכזי של כלכלות מביא לתוצאות נחותות ביחס לתכנון מבוזר בכלכלות שוק".

מכבי ציינה בתגובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2012 כי היעדר תכנון לאומי של הבינוי במערכת הבריאות הוא נושא מהותי, וצריך לדון בו לפני שדנים במקורות התקציביים לכך. לדעת מכבי, מאחר שבמערכת הבריאות ובכלכלת בריאות ההיצע יוצר את הביקוש, הגידול בפעולות בתי החולים עולה על הגידול הטבעי של האוכלוסייה; הוא יוצר מעמסה תקציבית על קופות החולים, שנמצאות בגירעונות, ועל תקציבי בתי החולים עצמם, ומביא לשאיבה מיותרת של כוח אדם רפואי - שיש מחסור בו - לבתי החולים. כמו כן, לדברי מכבי לעתים תוספת הבינוי נובעת משיקולים שהם מעבר לצרכים הנובעים מתקני המיטות, מחדרי הניתוח ומהרשימות שנותן המשרד. מכבי הוסיפה: "לו הבינוי החדש היה תחליף למבנים קיימים, אזי סביר להניח שכולם היו נהנים, אבל לצערנו המצב אינו כך. מצד אחד בתי החולים מתלוננים שאין ברשותם תקציבים לעמוד בסטנדרטים ובחוקים במבנים הישנים ומצד שני בונים מבנים חדשים ואת הישנים משמרים". לכן, לדעת מכבי, מומלץ שהתכנית הרב-שנתית לפיתוח ותשתיות של בתי החולים תסתמך על נתונים אובייקטיביים של הצרכים הלאומיים, ולא על אינטרסים אלו או אחרים.

משרד הבריאות, בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2012 ציין כי מצבן הרעוע של התשתיות הפיזיות לא נגרם מהיעדר תכנית כוללת לשיפור תשתיות ואי-קביעת סדרי עדיפויות ולוח זמנים, ליישום התוכנית. הצרכים וסדרי העדיפויות ידועים למשרד הבריאות ולבתי החולים, ולדעת משרד הבריאות מצבן הרעוע של התשתיות נגרם מבעיות התקציב ומהתנהלות משרד האוצר. כמו כן טען המשרד כי "פרוגרמה ותכנון ראשוני נעשים רק אם יש אישור לפרויקט ולכן אין לנו תכנית אופרטיבית לביצוע, אלא רשימת צרכים. זו גם הוגשה לאוצר מספר פעמים. כל עוד לא יוסכם על תכנית רב שנתית ומסגרת תקציבית מתאימה לא ניתן להתקדם לתוכניות עבודה מפורטות".

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבנות מסמך מדויק המפרט את סך הצרכים והעלויות ולהפנות אותו למשרד האוצר, לשר האוצר ואף לממשלה כולה. כמו כן עליו לבחון את הצורך לדרוש מבתי חולים, כתנאי להוספת מבנים חדשים, את הריסתם של מבנים ישנים בשטחיהם, שאינם ראויים לאכלס יחידות מודרניות. על בסיס מסמך הצרכים והעלויות על משרדי הבריאות והאוצר להגיע להסכמה על תוכנית רב שנתית ברמת פירוט כזאת שתאפשר לכל הפחות בניית תוכנית רב שנתית מתוקצבת וזאת כדי להתחיל תהליך רב שנתי של פתרון הבעיות הקיימות בבינוי ותשתיות בבתי החולים הממשלתיים.

בתי החולים הממשלתיים :

כדי שבתי חולים יוכלו להיערך בצורה יעילה לפיתוח הרצוי, ראוי שתוכן עבור כל אחד מהם תכנית עבודה רב-שנתית, בייחוד משום שחלק ממצאות המקורות התקציביים לפיתוח מוטל עליהם. האחריות הכוללת להכנת תכניות כאלה לבתי החולים הממשלתיים ולתקצובן מוטלת על משרד הבריאות - הן כאחראי על בתי החולים שבבעלות המדינה והן כמאסדר של מערכת הבריאות. התכנית של כל בית חולים צריכה להיגזר מתכנית העבודה הרב-שנתית שראוי שתהיה, כאמור, לכלל מערכת הבריאות.

כבר בדוח 61ב⁹⁶ ציין מבקר המדינה כי אין תכנית אב לפיתוח מערכת האשפוז. משרד הבריאות ומשרד האוצר לא דנו בהתאמתן של תכניות חלקיות שקיימות לכלל צורכי מערכת הבריאות. משרד האוצר לא אישר תכניות קיימות ולא הוקצו לכך משאבים.

יצוין כי גם בדוח מוקדם יותר של מבקר המדינה⁹⁷ עלה כי המשרד אינו מחייב את בתי החולים להכין תכניות אב לבינוי. היעדר תכנית כזאת עלול לגרום הוצאות מיותרות ועיכובים בפיתוח התשתיות. ראש המינהל לתכנון במשרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2012 כי כיום ידועים הצרכים העכשוויים והעתידיים של כל אחד מבתי החולים.

המרכז הרפואי הגריאטרי שמואל הרופא כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012: "בהעדר תקציבים לא ניתן להדביק פערים של עשרות שנים, בית החולים אינו זוכה בתרומות ולכן גם אין תוכנית תקציבית רב שנתית".

בביקורת נמצא כי לא הושלמו תכניות עבודה רב-שנתיות מפורטות לכל אחד מבתי החולים הממשלתיים בנפרד.

על משרד הבריאות בשיתוף משרד האוצר להבטיח קיומן של תכניות עבודה רב-שנתיות מוסכמות ומתוקצבות לכל אחד מבתי החולים הממשלתיים בנפרד, ותכנית עבודה רב-שנתית מתוקצבת לכלל בתי החולים הממשלתיים. מזו האחרונה ייגזרו התכניות לכלל בתי חולים.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 שהוא תומך בעמדת המבקר וסבור כי ראוי שתגובש תכנית עבודה רב-שנתית בתחום הפיתוח לכלל בתי החולים הממשלתיים - הן כוללת והן פרטנית, כדי שניתן יהיה לבצע תכנון תקציבי ותזרימי הולם לבתי החולים.

ליקויים בתכניות העבודה השנתיות לבינוי של המשרד

חוסר במידע על פרויקטים בבתי חולים ממשלתיים:

ראוי שמשרד הבריאות, ירכז מידע על תכניות העבודה השנתיות לבינוי. על תכנית העבודה השנתית לבינוי של המשרד לכלול מידע על כל הפרויקטים בבתי החולים הממשלתיים, גם אם אינם ממומנים על ידי המשרד אלא על ידי מקורות אחרים, כגון אגודות ידידים ותאגידי הבריאות (קרנות המחקר). על התכניות השנתיות להיגזר מתכניות העבודה הרב-שנתיות של בתי החולים הממשלתיים שראוי שיתקיימו, ולהתעדכן בהתאם להצלחות בתי החולים לאסוף מקורות מימון נוספים לפיתוח. על תכניות העבודה המוצגות לאישור הנהלת המשרד לכלול מידע מסוג זה.

מתגובת משרד הבריאות מנובמבר 2012 עולה כי תכניות הפיתוח של בתי החולים הגדולים הוצגו בפני הנהלתו. ואולם "מסגרת תקציב הפיתוח המגוחכת מאלצת את בתי החולים לחפש מקורות אחרים, בכך מועברים למעשה סמכויות קביעת סדר עדיפויות לבתי החולים ונמנעת עבודת מטה מסודרת".

96 מבקר המדינה, דוח שנתי 61ב' (2011), "תרומות לבתי חולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741 ואילך.

97 מבקר המדינה, דוח שנתי 54ב' (2003), "מערכות הנדסיות חיוניות ותשתיות אשפוז בבתי חולים", עמ' 497 ואילך.

נמצא כי תכניות העבודה השנתיות של המינהל לתכנון אינן כוללות מידע שלם על הפרויקטים המתוכננים במערכת הבריאות הממשלתית. למשל, לא מוצגים פרויקטים שאינם ממומנים על ידי המשרד ושהמינהל לא שותף בתכנונם ובהקמתם⁹⁸ ואינו מקיים עבודת מטה מסודרת לגביהם. יוצא שהתכנית השנתית של המינהל אינה מציגה תמונה מלאה של פעילות הבינוי בבתי החולים הממשלתיים.

על משרד הבריאות להבטיח כי במסגרת תכנית העבודה השנתית לבינוי המוצגת בפני הנהלתו תוצג תכנית העבודה לפיתוח של כל הפרויקטים בבתי החולים הממשלתיים.

חוסר במידע על בינוי בכלל מערכת הבריאות :

חשוב שמשרד הבריאות, כמאסדר, ירכז מידע על מצב הבינוי והתשתיות במערכת הבריאות בכלל ולא רק בבתי החולים הממשלתיים, ויכלול מידע זה בתכנית העבודה השנתית שלו. כך יוכלו בכירי המשרד לראות כיצד משתלבים הפרויקטים המתוכננים בבתי החולים הממשלתיים בתמונת המצב הכלל-ארצית של הבינוי.

נמצא כי תכנית העבודה השנתית של המינהל לתכנון, המוצגת בפני בכירי המשרד, אינה כוללת גם תמונת מצב לאומית של מצב הבינוי והתשתיות בכלל מערכת הבריאות. יוצא אפוא שאישור תכנית הפיתוח השנתית של המשרד לא נעשה מתוך ראייה מערכתית כוללת⁹⁹.

שחיקת תקציבי הפיתוח של משרד הבריאות

אי-הלימה בין גודל תקציבי הפיתוח ובין צורכי מערכת הבריאות הממשלתית :

כאמור, פרויקטים של בנייה ופיתוח הם ארוכי טווח, ולכן ראוי שמשרד הבריאות יכין תכנית אב רב-שנתית לבינוי והצטיידות. כיוון שמימושה של תכנית כזו דורש משאבים רבים, ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יקיימו דיונים בנדון ויאשרו אותה.

לפי סיכום ישיבה של סמנכ"ל המינהל לתכנון ושל נציגי אגף התקציבים באוצר מינואר 2012, הצרכים המידיים בתחומי הבינוי של מערכת הבריאות הממשלתית נאמדים בכ-2.5 מיליארד ש"ח, וזאת ללא חישוב ההוצאות למיגון כל המוסדות ולתוספת מיטות.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי סיכום הדיון המצוטט אינו על דעת משרד האוצר.

98 כמו למשל פרויקטים בבתי חולים ממשלתיים הממומנים רק על ידי מקורות עצמאיים של בתי החולים כמו למשל הקמת בית החולים לילדים ע"ש רפפורט ברמב"ם שאמורה להסתיים בדצמבר 2013 וכולה מומנה על ידי תרומות ובוצע על ידי אגודת הידידים של בית החולים.

99 עוד בנושא זה ראו להלן בפרק "בינוי במערכת הבריאות ללא בחינה ואישור של ועדת הפרויקטים ושל גופים נוספים".

במכתב ששלחו ביולי 2012 לראש הממשלה ושר הבריאות בכירים במערכת הבריאות¹⁰⁰, בעקבות הקיצוץ הרוחבי בתקציב משרדי הממשלה, שעליו החליטה הממשלה ביולי 2012, צוין: "בחישוב זהיר של כלכלנים מומחים בכלכלת בריאות, חסרים היום במערכת הבריאות כ-9 מיליארד ש"ח [חלקם בתחומי הבינוי והתחזוקה] מהתקציב הציבורי. אלו נדרשים לא כדי לספק לאזרחי ישראל מערכת בריאות מפוארת, אלא כדי לספק לאזרחים את הטיפול הרפואי הבסיסי שנקבע בחוקי מדינת ישראל".

כאמור, ברוח ב61¹⁰¹ של מבקר המדינה צוין כי אין תכנית אב לפיתוח מערכת האשפוז. משרדי הבריאות והאוצר לא דנו בהתאמת תכניות חלקיות שקיימות לכלל צורכי מערכת הבריאות. משרד האוצר לא אישר תכניות קיימות ולא הוקצו לכך משאבים. בהמשך צוין עוד כי על אף הצורך במיליארדי שקלים נוספים, תקציבי הפיתוח השנתיים לבנייה ולתשתיות פחתו. משמע, קיימת מגמה מתמשכת של צמצום ניכר בתקציבי הפיתוח של המשרד. עוד עלה שתקציב הפיתוח לשנת 2008, בסך 237 מיליוני ש"ח, היה 1.3% בלבד מתקציב המשרד לאותה שנה¹⁰², וכ-7.4% בלבד מהיקף הצרכים שהעריך משרד הבריאות. יש לציין כי בסוף שנת 2010 החליט מנכ"ל המשרד להקצות חלק ניכר מתקציב הפיתוח בשנת 2011 לטובת בתי החולים הפסיכיאטריים.

פגיעה ביעדי המשרד עקב השחיקה בתקציבי הפיתוח:

תקציבי הפיתוח שבאמצעותם פועל המינהל לתכנון שבמשרד הבריאות הולכים ופוחתים. לשם המחשה, התקציב השנתי המקורי הבסיסי נטו שהקצה המשרד לבינוי ותשתיות בבתי החולים הממשלתיים בשנת 2009 היה כ-168 מיליון ש"ח, ואילו בשנת 2012 עמד על כ-100 מיליון ש"ח. בשנת 2013, אם לא יחול בו שינוי, יעמוד הסכום על כ-73 מיליון ש"ח בלבד (קיצוץ של כ-57% בחמש שנים). נוסף על כך, ביולי 2012 קיבלה הממשלה החלטה על קיצוץ רוחבי נוסף במשרדי הממשלה. גם הקיצוץ הזה עלול להשפיע על תקציב הפיתוח של המשרד.

בתכנית העבודה לשנת 2012 של המינהל לתכנון שאישר מנכ"ל המשרד נקבע כי בעקבות הקיצוצים התקציביים והתחייבויות חדשות בנושאים אחרים, "לא ניתן להקצות... תקציבים בשנים 2012-2014 ליעדים הנגזרים מייעודו של המינהל לתכנון - ובהם בינוי והעלאת רמת הבטיחות במוסדות הרפואה ושדרוג תשתיות הנדסיות ומשקיות. הקיצוצים התקציביים הביאו לביטול התקציב שיועד לשינויים, התייקרויות והפרשי שיערים".

סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון מסר למשרד מבקר המדינה כי לשם המחשה, תקציב הפיתוח השנתי של משרד הבריאות כולו שווה ערך לעלות פרויקט אחד בסדר הגודל של המחלקה לרפואה דחופה בבית החולים לגליל המערבי בנהרייה.

לדעת משרד הבריאות הקיצוצים המשמעותיים שנעשו מדי שנה בתקציב הפיתוח של משרד הבריאות לא אפשרו, למרות דוחות קודמים של מבקר המדינה ולמרות הצרכים המידיים של מערכת הבריאות, לבנות תכנית רב-שנתית המגובה בתקציבים - תכנית שמטרתה להדביק את הפערים בני מיליארדי השקלים בין תקציבי הפיתוח ובין צורכי המערכת.

100 ביניהם ראשי הר"י (ההסתדרות הרפואית בישראל), פרופ' גבי בן נון - פרופסור לכלכלת בריאות ולשעבר סמנכ"ל משרד הבריאות, יו"ר האגודה לזכויות החולה ויו"ר האגודה למלחמה בסרטן.

101 ראו הערה 96.

102 הצעת התקציב הרגיל של המשרד לשנת 2008 מסתכמת בכ-18.3 מיליארד ש"ח (ברוטו).

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי "על פי אומדן זהיר, תקציבי הפיתוח של בתי החולים הכלליים עומדים על שיעור של קרוב ל-10% ממחזור הפעילות, המוערך ב-21.5 מיליארד ש"ח בשנה. שיעור נאה לכל הדעות, שאינו מעיד על חסר בהשקעה בתשתיות".

משרד מבקר המדינה מעיר כי תמונת המצב בפועל, כפי שמוצגת בדוח זה, מצביעה על מחסור ועל בעיות משמעותיות למרות הסכומים הניכרים המושקעים בנושא הפיתוח.

אגף התקציבים באוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי תמונת המצב העולה מהדוח "עשויה להעיד על חוסר אמיתי בהשקעה בתשתיות הנובע מחוסר יעילות בהקצאת תקציבי הפיתוח הקיימים. חוסר היעילות בהקצאת תקציבי הפיתוח נובע, ככל הנראה ממספר גורמים. ביניהם: שונות ביכולת גיוס התרומות; מדיניות תקצוב שגויה הן ברמה הארצית והן ברמת בית החולים; שליטה מעטה בהוצאות פיתוח מהתקציב השוטף בתאגיד הבריאות; ותקנות וסטנדרטים שאינן מתחשבות בסדרי העדיפויות של המערכת ועלולות לעוות את ההקצאה. תקציב מערכת הבריאות גדל מדי שנה בשיעורים גבוהים משמעותית מהגידול בתקציבי רוב המשרדים".

לדעת משרד מבקר המדינה, יש לבנות תכנית רב-שנתית לפיתוח, לבינוי ולתשתיות למערכת הבריאות כולה בשיתוף כל הגורמים המפעילים בתי חולים בישראל. התכנית צריכה להיות מגובה ומפורטת מהבחינה התקציבית, לרבות פירוט של שלבי הביצוע ולוחות הזמנים לביצוע. התכנית צריכה גם לדרג את הצרכים על פי סדרי עדיפויות, כדי שניתן יהיה להגמישה בהתאם לשינויים תקציביים אפשריים ולשינויי מגמות. בהכנת התוכנית יש להתחשב במשתנים שהציג האוצר בתגובתו כך שהתוכנית תבטא את הצורך ביעילות בהקצאת תקציבי הפיתוח הקיימים.

דרישה ממשרד הבריאות להעמדת מימון תואם לתכניות מיוחדות וקיצוץ רוחבי שפגע בתקציבי הפיתוח

תכניות מיוחדות:

מעבר לצרכים השוטפים של מערכת הבריאות - תחזוקה, תוספת מיטות וכיו"ב - מתעוררים מפעם לפעם צרכים חדשים ודחופים של המערכת, ולרוב בעקבות החלטות ממשלה. למשל, בעקבות מלחמת לבנון השנייה הועלה הצורך במיגון במערכת הבריאות; גם הצפי לרעידות אדמה העלה את הצורך בחיזוק מבנים במערכת הבריאות.

דרישת משרד האוצר והממשלה ממשרד הבריאות להעמיד תקציב לטובת התכניות הנוספות המיוחדות מתוך תקציב הפיתוח של משרד הבריאות, מקשה על ניהול תקציב ועל תוכניות הפיתוח.

לדוגמה, משרד האוצר החליט לסייע למשרד במיגון בתי חולים והעמיד סכום של 200 מיליון ש"ח בפריסה על פני ארבע שנים, אך עם זאת דרש שמשרד הבריאות יעמיד מימון תואם (מצינג - Matching). גם לאחר שמשרד הבריאות הטיל על בתי החולים לגייס ממקורותיהם את הסכומים שהוא נדרש להעמיד, עדיין נותרו כ-73.5 מיליון ש"ח שהוא נאלץ לספוג מתקציבו כדי לקבל את התקציב שמשרד האוצר התנה את קבלתו.

כך גם החלטת הממשלה משנת 2010 על חיזוק מבנים כנגד רעידות אדמה חייבה את המשרד להעמיד 20 מיליון ש"ח מתקציבו בכל שנה כמימון תואם לתקציב שהעמיד האוצר.

קיצוצים רוחביים הגוררים פגיעה בתקציבי הפיתוח:

בגלל אילוצים תקציביים ממשלת ישראל נאלצת לעתים לבצע קיצוצים רוחביים בכל משרדי הממשלה. במקרים רבים משרד ממשלתי או גוף עסקי שנאלץ לקצץ מתקציבו מתקשה לקצץ מתפקידי הליבה שלו, ולכן הסעיף התקציבי שנפגע יותר מכול הוא תקציב הפיתוח. למשל, משרד הבריאות אינו יכול לקצץ מסל התרופות או ממשכורות העובדים הרבים במערכת הבריאות הממשלתית, ולכן הנפגע העיקרי הוא תקציב הפיתוח; משרד הבריאות נמסר כי בשנת 2010, למשל, קוצצו כ-21% מהתקציב הבסיסי לפיתוח, שירד מ-108 מיליון ש"ח לכ-86 מיליון ש"ח.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי "משרד הבריאות בוחר להפנות את הקיצוצים לתחומי פעילות שבתחית סדרי העדיפויות של המשרד ולהפנות תקציבים לכיסוי הקיצוצים בתחומים המצויים גבוה בסדרי העדיפויות של המשרד. בכל השנים האחרונות בחר משרד הבריאות שלא להפנות ולו גם סכומים קטנים לכיסוי הקיצוצים בסעיף הפיתוח של המשרד, בשונה מתחומים רבים אחרים. עובדה זו מעידה באופן ברור על סדרי העדיפויות של המשרד בתוך תקציבו".

נמצא כי על פי החלטות ממשלה נדרש משרד הבריאות להעמיד מימון תואם מתקציבו גם לתכניות מיוחדות שעליהן החליטה הממשלה בעקבות צרכים חדשים ודחופים שעלו. החלטות הממשלה לגיוס מימון תואם תורגמו על ידי מנהלי בתי החולים לפעילות שעיקרה גיוס תרומות. חלק ניכר מהתקציבים הנדרשים להשלמה נאלצים מנהלי בתי החולים להשיג באמצעות תרומות מחו"ל - דבר הפוגע בעבודה השוטפת של המנהלים. ההסתמכות על כספי תרומות למימון פרויקטים של בינוי צופנת בחובה סיכונים כמו שינויים בהיקף תרומות מובטחות וחשיפה לסיכונים שער חליפין. יתרה מכך, הקיצוצים הרוחביים שנעשו במהלך השנים בכל תקציבי משרדי הממשלה, ובכללם בתקציב משרד הבריאות, פגעו גם בתכניות מיוחדות אלה.

מודל תקציב התחזוקה של בתי חולים ומוסדות רפואיים

תחזוקת מבנים עתירי מערכות היא שילוב רב-תחומי של פעולות אשר נועדו לתמוך בהשגת מטרותיו העיקריות של ארגון. בשנים האחרונות חלה התפתחות בתחום ניהול הנכסים; ישנה עלייה בדרישות התפקוד של הבניין ומנגד דרישה לחיסכון בהוצאות, וכל זאת במקביל להגדלת היעילות. מגמות אלו מאתגרות את הפעילות השוטפת ומביאות לפיתוח פתרונות חלופיים, באמצעות טכנולוגיות מתקדמות, טכניקות לבינה מלאכותית ויכולת משופרת לעיבוד נתונים.

על מנת לעמוד במשימות המאתגרות נדרשת גישה מערכתית לניהול תחזוקת המבנים. ראוי שתחזוקת בתי חולים ומוסדות רפואיים תתקצב על בסיס מודל תקציבי שיביא בחשבון בין היתר את ההבדלים בתחזוקן של מחלקות ויחידות שונות, את גיל המבנה ואת מצבו הפיזי.

ואולם מנהל המרכז הרפואי רמב"ם בחיפה כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 שעל פי המודלים לקביעת תקציב תחזוקה, התקציב המזערי הנדרש לתחזוקת מבנים עתירי מערכות, דוגמת בתי חולים, הוא כ-400 ש"ח למ"ר לשנה. לפיכך יש צורך בכ-44 מיליון ש"ח בשנה עבור רמב"ם, למשל, בשעה שבפועל עומד תקציב התחזוקה של בית החולים על כ-11 מיליון ש"ח בלבד (כלומר 25% מהתקציב המזערי הרצוי).

המרכז הממשלתי הירושלמי לבריאות הנפש כתב למשרד מבקר המדינה באפריל 2012 כי בתקציבו, כנקבע בספר התקציב, שני סעיפי הוצאה עיקריים: כוח אדם ותפעול/קניות. בעוד שתקציב כוח האדם ריאלי ומבוסס על הסכומים הנדרשים לעמידה בהסכמי העבודה וברמת הכוונות הנדרשת, תקציב התפעול/קניות, האמור לכסות גם את נושאי התחזוקה ושיפור התשתיות, הוא תקציב חסר במהותו.

מנהל שיבא בתל השומר כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012: "כל תחזוקת בתי החולים הממשלתיים אינה כלולה בתקציב יעודי של המשרד אלא היא חלק מתקציב ההוצאה של בתי החולים, שבו הוצאה מותנית בהכנסה. מקור הכנסה זאת הינו מחיובי האשפוזים לקופות החולים. דא עקא, הוצאות התחזוקה לא נכללו בחישוב עלות יום האשפוז. מכאן החוסר התקציבי העקרוני ממנו סובלים כל בתי החולים הממשלתיים".

בית החולים לגליל המערבי בנהרייה כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012: "תקציב בית החולים איננו מאפשר לבצע תחזוקה מונעת, ולאור האילוצים התקציביים, אנו נאלצים לבצע תחזוקת שבר, שבראיה עתידית יקרה יותר"¹⁰³.

נמצא כי תקציבי התחזוקה של בתי החולים הממשלתיים אינם בנויים על פי מודל תקציבי כלשהו אלא מתנהלים במתכונת היסטורית. הם נותנים מענה חלקי בלבד לצרכים ובאירועי שבר הדורשים מענה תקציבי נוסף - הכסף מגויס, במידת האפשר, מקיצוץ בסעיפים תפעוליים אחרים של בתי החולים. מצב זה מאלץ את בתי החולים לנהל את תחזוקת התשתיות בהם בדרך של תחזוקת שבר במקום בתחזוקה מונעת.

על משרדי הבריאות והאוצר לבנות גישה מערכתית לתקציב תחזוקת בתי החולים הממשלתיים. עליהם לקיים עבודת מטה שבה יבחנו מודלים שונים לבניית תקציב תחזוקה, ולבחור במודל המתאים שייתן מענה לצרכים הייחודיים לכל סוג של מחלקה או יחידה.

הסתמכות בתי החולים על מקורות שונים לבינוי ולפיתוח

1. הסתמכות גדלה על פעילות במסגרת תאגיד הבריאות: ליד ובשיתוף כל בית חולים כללי ממשלתי פועל תאגיד בריאות¹⁰⁴ כישות משפטית נפרדת. תאגיד הבריאות משמשים לצד בתי החולים כ"מנוף כלכלי" משמעותי ביותר לפיתוח תשתיותיהם: הצטיידות, בינוי ושיפוץ, והעסקה של חלק מעובדיהם. התאגידים אף מנצלים את תשתיות בתי החולים לפעילות רפואית נוספת, בתמורה לתקורה המועברת מהם לתקציב ההכנסות של בתי החולים.

בגלל הירידה בהיקף תקציבי הפיתוח של המשרד, ישנה מגמת עלייה משמעותית בהעברות תאגיד בריאות לבתי החולים הממשלתיים לצורך בינוי. היקף ההעברות מהתאגידים לבתי החולים בגין קרקע ומבנים גדל בשנת 2008 בשיעור של כ-23%, והסתכם בכ-80 מיליון ש"ח (לעומת כ-65 מיליון ש"ח בשנת 2007); ובשנת 2010 הוא כבר הסתכם ב-127 מיליון ש"ח (גידול של כ-95% משנת 2007)¹⁰⁵.

המרכז הגריאטרי-שיקומי הממשלתי פלימן בחיפה כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 כי אין לו תאגיד בריאות שכן הוא אינו בית חולים כללי. עוד ציין כי הוא מתקשה מאוד בקבלת

103 עוד בנושא תחזוקת שבר מול תחזוקה מונעת ראו לעיל.

104 ראו הערה 33.

105 הנתונים מתוך הדוח הפיננסי של משרד הבריאות לשנת 2010.

תרומות מאחר שהמגזר הגריאטרי אינו יעד אטרקטיבי לתורמים, וכי תקציבו התפעולי מצומצם ואיננו מאפשר הפניית כספים לצורכי בינוי.

מכבי כתבה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012 כי לדעתה כספים של תאגידי הבריאות של בתי החולים הממשלתיים שאמורים לחזור למדינה, היות ושמתוני התאגידים עולה רווחיות מפעילות שוטפת, מושקעים בפועל בבינוי בשטחי המדינה בבתי החולים הממשלתיים - ללא תכנון מרכזי.

אגף החשב הכללי באוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "חלק מרכזי בגיבוש ראייה אחודה וכוללת, הינו בחינת הדברים גם בהיבט של תאגידי הבריאות והסתמכות מערכת הבריאות על היקף ההעברות שלהם [של התאגידים] לבתי החולים הממשלתיים, הן במובנים של צמצום פערים בין מרכז לפריפריה והן במובנים של צמצום פערים בין בתי החולים הממשלתיים לעומת בתי החולים הפרטיים".

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי לדעתו "גודלם של תאגידי הבריאות בפריפריה הוגבל על ידי שני גורמים: הראשון - ביקושים נמוכים יחסית; והשני - מדיניות משרד הבריאות בהקצאת הגידול בתקורות הכנסות התאגידים. ברוב השנים הותר גידול בשיעור ריאלי של 3% בשנה לכלל התאגידים, כאשר המשרד בחר להקצות את הגידול באופן שווה ביחס להכנסות הבסיס של כל תאגיד ובכך הונצח הפער היחסי בין התאגידים השונים, על ידי משרד הבריאות".

משרד מבקר המדינה מעיר כי משרד הבריאות אחראי גם לנתח הפיתוח של בתי החולים, שבו הולכת וגוברת ההסתמכות על פעילות תאגידי הבריאות, וכי עליו להקפיד שהסתמכות על תאגידי הבריאות לא תביא להגברת האפליה של בתי החולים בפריפריה, שכן היקף הפעילות של תאגידי הבריאות שפועלים על יד ובאמצעות בתי החולים, מצומצם מאוד.

2. דרישה מבתי החולים למצוא מקורות מימון עצמאיים לפרויקטים בעלי חשיבות לאומית: כבר בדוח 58ב¹⁰⁶ צוין כי לדעת משרד מבקר המדינה, יש בעייתיות בכך שמתן תקציב למטרה מסוימת מותנה בגיוס תרומות או מימון תואם של הגוף המתוקצב. עוד צוין כי המנהל דאז של ברזילי באשקלון הסביר למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2007 כי "מונח ה'מציג' הפך להיות מעזרה ממשלתית להשלמת תקציב - להתניה, שבתי החולים לא יכולים לעמוד בה. במצב זה נאלצים מוסדות בריאות שונים להסתמך על תרומות".

כפי שכתב מבקר המדינה בדוח מאוחר יותר (61ב)¹⁰⁷, הסתמכות על כספי תרומות למימון פרויקטים של בינוי צופנת בחובה סיכונים, שכן צפויים שינויים בהיקף תרומות מובטחות, הן בגלל קשיים אפשריים של תורמים להעביר את הסכומים שהתחייבו להם והן בגלל שינויים אפשריים בשערי המטבעות.

מנהל המרכז הרפואי שיבא בתל השומר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי לדעתו "אם המדינה מטילה על כתפי מנהל בית החולים את המשימה להשיג תרומות לבינוי ואחזקת תשתיות, היא חייבת לקחת על עצמה להשלים תרומות [מציג] על פי דרישות תורמים". עוד כתב מנהל שיבא כי בזמן שמנהלי בתי חולים עוסקים בגיוס תרומות בחו"ל אף נפגעים מרכיבי שכר מהותיים שלהם.

106 מבקר המדינה, דוח שנתי 58ב (2008), "הקצאת תקציבים לחיזוק הצפון", עמ' 125.

107 ראו הערה 96.

משרד מבקר המדינה העלה מקרים שבהם נדרשו בתי חולים להעמיד מקורות עצמאיים ולהסתמך על תרומות גם עבור פרויקטים ייחודיים בעלי חשיבות לאומית, להלן דוגמאות:

בית החולים הממוגן ברמב"ם בחיפה: רמב"ם משמש כ"מרכז-על" המשרת את כל אוכלוסיית חיפה והצפון, לרבות צה"ל, וכבית חולים אסטרטגי מרכזי של צפון הארץ. בעקבות לקחי מלחמת לבנון השנייה הולך ונבנה ברמב"ם בית חולים אזורי ממוגן, תת-קרקעי ובו 2,000 מיטות. לפי דברים שמסר מנהל רמב"ם לנציגי משרד מבקר המדינה ביוני 2012, עלות הפרויקט הייתה מוערכת בכ-320 מיליון ש"ח, מהם רק 60 מיליון ש"ח נתנה המדינה. 100 מיליון ש"ח ניתנו בתרומה, עוד 100 מיליון ש"ח כהלוואה בנקאית, ו-60 מיליון ש"ח כהלוואה ממשרד האוצר שרמב"ם נדרש להחזיר מתקציבו השוטף. לאחר כששה חודשים, בינואר 2013, מנהל המרכז הרפואי רמב"ם כתב למשרד מבקר המדינה כי נוצר חוסר במימון של 72 מיליון ש"ח (מתוך עלות כוללת של 452 מיליון ש"ח) בגלל מדד יוקר הבניה (כ-40 מיליון ש"ח), תשתיות של בית החולים לשעת חירום (כ-15 מיליון ש"ח), שדרוג מרכז האנרגיה (כ-17 מיליון ש"ח). ולמרות פניות רמב"ם, "טרם נמצא פתרון לתקצוב הפער שנוצר, וקיים חשש סביר כי העבודות תופסקנה באפריל 2013, ומשמעות הפסקה זו היא הותרת איזור חיפה והצפון ללא פתרון ראוי למצב חירום. אם אכן יימצא המימון הנדרש - יהיה ניתן לסיים את הפרויקט בתוך 6 חודשים".

חדרי ניתוח ממוגנים בברזילי באשקלון: כאמור, במקרה של עימות בדרום הארץ, למרכז הרפואי ברזילי באשקלון תפקיד חשוב בקליטת נפגעים - הן חיילים והן אזרחים. ביוני 2007 החליטה הממשלה, בין היתר, על הקמה, שדרוג ופיתוח של מחלקות לרפואה דחופה ושטחי אשפוז מוגנים בברזילי. בסוף 2007 פרסם משרד הבריאות מכרז לביצוע העבודות, ואף נבחר קבלן. מסיבות שונות, כגון גילוי קברים עתיקים בשטח הבנייה, העבודות החלו רק בסוף שנת 2011. משרד הבריאות ובית החולים ברזילי מסרו למשרד מבקר המדינה כי הכסף שהמדינה הקצתה לבניית חדרי ניתוח בבניין חדש וממוגן שבמועד הביקורת היה בבנייה מספיק רק כדי להעביר חדר ניתוח אחד ולבנות מעטפת לשאר חדרי הניתוח. כדי להשלים את העברת חדרי הניתוח נדרש בית החולים לגייס 60 מיליון ש"ח מתרומות.

משרד מבקר המדינה מעיר, כפי שכבר המליץ בדוחות קודמים¹⁰⁸, כי על משרד האוצר ומשרד הבריאות לבחון את שיטת הקצאת הכספים באמצעות שיטת המימון התואם, בכל מקרה לגופו, ולוודא כי השיטה אינה פוגעת דווקא בגופים חלשים.

3. קשיים בגיוס מימון ממקורות עצמאיים (בעיקר תרומות) של בתי חולים ומוסדות בבריאות ושל בתי חולים ציבוריים ופרטיים: דוח 2013¹⁰⁹ של מבקר המדינה כבר קבע כי קיימים פערים ניכרים בין התרומות המגיעות למרכזים הרפואיים במרכז הארץ לבין אלו המגיעות למרכזים הרפואיים בבריאות. במהלך הביקורת הנוכחית ציינו מנהלי בתי חולים בעבר ובהווה בפני נציגי משרד מבקר המדינה שהם נאלצו ועודם נאלצים להשקיע זמן רב בגיוס תרומות בארץ ובעולם, על חשבון זמן הניהול השוטף של בית החולים.

בתי חולים ציבוריים שאינם ממשלתיים, ובעיקר כאלה שאינם בתי חולים כלליים, מתקשים יותר לגייס תרומות. לכן אין להם אפשרות לגייס כספים לפיתוח, וזאת בשעה שהמשך פעולתם הוא לעתים אינטרס לאומי, מכיוון שהם נותנים שירות ייחודי באזור מסוים.

108 מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, 58 (2008), בפרק "הקצאת תקציבים לחיזוק הצפון", עמ' 154 ואילך, ודוח 2011, 61 (2011), בפרק "תרומות לבתי החולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741 ואילך.

109 ראו הערה 96.

מכאן, שכל שתגדל הסתמכות המדינה על מימון ממקורות עצמאיים שמגייסים בתי החולים, עלולים לגדול הפערים במערכת הבריאות בין מרכז לפרפריה.

לדוגמה, מצב התשתית במחלקה לגריאטריה שיקומית בפוריה בטבריה גרוע ביותר, והיעדר תקציבים אינו מאפשר את הרחבת פיתוחו של השירות החשוב הזה לתושבי הצפון. מסיכום דיון במשרד הבריאות מיוני 2012 בהשתתפות ראש מינהל הרפואה, ראש האגף לגריאטריה, סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון ונציג משרד האוצר עולה כי "הצרכים של האזור מחייבים מרכז גריאטרי בתוך קמפוס בית החולים".

ואולם נמצא כי למרות ההכרה בחשיבות ובדחיפות של הקמת מרכז גריאטרי חדש בפוריה, כבר לפני תכנון הפרויקט, המשרד הנחה את בית החולים להסתמך על איסוף תרומות, ועל כן אף הוחלט באותה ישיבה כי על המרכז הרפואי פוריה להיערך לאיסופן.

4. הגדלת הפער בין הרפואה הציבורית והרפואה הפרטית: ברוח מבקר המדינה בנושא "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח" שמתפרסם בדוח זה¹¹⁰ צוין כי לרפואה הפרטית יתרונות רבים, וביניהם תנאי מלונאות משופרים. בה בעת לרפואה זו, שגדלה מאוד בשנים האחרונות, יש גם השפעות שחלקן שליליות על הרפואה הציבורית, ובהן פגיעה בערך השוויון, המתבטאת למשל בסינון מטופלים, וגידול ההוצאה הלאומית על בריאות, שמקורו בין היתר בפעילות רפואית עודפת. המדובר בסוגיה מהותית שהולכת ומתעצמת. המדינה עומדת בפני הגדלת ההוצאה הלאומית והפרטית על בריאות, ועולה השאלה מהו היחס הראוי בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית כאשר חלק משמעותי מהשירות מוצע באמצעות בתי החולים הפרטיים. במצב זה מתבקשת קביעת כלי מדיניות וכלי בקרה. חשוב שתקציבי הפיתוח לבתי החולים הממשלתיים ימנעו יצירה למעשה של שתי מערכות בריאות - הפרטית והציבורית - השונות משמעותית זו מזו מבחינת הבינוי והתשתיות.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "שינוי בתהליכי העבודה מותנה בראש וראשונה בתקציבי פיתוח גדולים והולמים את הצרכים, השענות פחותה על תרומות, וכן שינוי ארגוני המבטל סמכויות של בתי החולים להפעיל קרנות מחקר ואגודות ידידים לביצוע פרויקט בינוי ותשתיות".

אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "היות ונושא התרומות במערכת הבריאות אינו מוסדר, ולא קיימת ראייה אחודה ורחבה הכוללת סדרי עדיפויות ברורים לעניין בינוי ופיתוח במערכת הבריאות, ישנו קושי ממשי בגיבוש תוכנית עבודה רב שנתית", ולכן אגף החשב הכללי באוצר תומך בהסדרת נושא התרומות גם כדי שאפשר יהיה לגבש תוכנית עבודה רב שנתית שתיקח בחשבון את כל המשתתפים הקשורים לבינוי במערכת הבריאות בין היתר - בינוי באמצעות תרומות.

פעולות הבינוי והפיתוח במערכת הבריאות הציבורית (בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית) נסמכות גם על תרומות, ולכן הן נתונות תדיר בסכנת צמצום במקרה של ירידה בתרומות. לעומת זאת יש תנופת פיתוח של מתקני הרפואה הפרטית ושל בתי החולים שבהם פועל שר"פ, שניזונים גם מכספים ציבוריים. יוצא שכושר התחרות של בתי החולים הציבוריים מול בתי החולים הפרטיים מוגבל. הדבר עלול להגדיל את הפערים ביניהם, וקיים חשש שבתוך כמה שנים תרד באופן ניכר רמת השירות והמלונאות בבתי החולים הממשלתיים ובאלו של הכללית. התוצאה עלולה להיות פגיעה בחולים והקטנת ההכנסה של בתי חולים אלה ובעקבותיה דחיפה נוספת לרפואה הפרטית בתהליך שמזין ומתגבר את עצמו.



בביקורת עלה כי אין במערכת הבריאות תכנית אב רב-שנתית לבינוי ותשתיות שמגובה בתכנית תקציבית רב-שנתית - כזו שתיתן מענה לצרכים ההכרחיים, הן העכשוויים והן העתידיים, של בתי החולים, ושממנה ייגזרו התכניות השנתיות המפורטות.

הצמצום הגדול כל כך במקורות המימון הממשלתי הביא לביטול התקציב שיועד לשינויים, לספיגת התייקרויות והפרשי שער ובנוסף הביא להקפאת תכניות פיתוח, בין השאר בנושאי בטיחות (כיבוי אש וחשמל). צמצום המקורות פגע אף בתקציבים לפרויקטים המחויבים על פי החלטות ממשלה.

על משרד הבריאות בשיתוף המרכזים הרפואיים ומשרד האוצר לבנות תכנית אב רב-שנתית מגובה תקציבית, אשר תיתן ביטוי לתיקון כל הליקויים הקיימים בתחום הבינוי והתשתיות על פי סדרי עדיפויות, וכן שתקבע תכנון ארוך טווח לתיקון המחסור הצפוי במיטות אשפוז. התכנית צריכה להיות כמתכונת שמדרגת את הדחיפות של כל פרויקט ופרויקט, בין השאר כדי לאפשר לבצע בה התאמות במקרה של שינויים וצמצום מקורות המימון הממשלתי.

מומלץ לשקול לכלול בתקציב מרכיב קבוע וריאלי לשיפור התשתיות, בייחוד בפריפריה ובמוסדות פסיכיאטריים וגריאטריים, שם מוגבלת יותר יכולתם של בתי החולים להשיג מקורות עצמאיים למימון. בהטלת קיצוצים רוחביים יש לבחון את השפעתם על תקציבי הפיתוח.

הבעיה העיקרית בתחום הבינוי והתשתיות בבתי החולים היא מחסור בתקציבי פיתוח ושדרוג. בהיעדרם של אלה לא יהיה אפשר להדביק את הפערים המשמעותיים בנושאי בינוי ותשתיות שמשרד הבריאות העריך בכ-2.5 מיליארד ש"ח, על כל המשתמע מכך.

על משרד הבריאות להחליט על מודל לבניית תקציבי התחזוקה של בתי החולים הממשלתיים.

בתי החולים הממשלתיים נאלצים להסתמך על מקורות שונים לבינוי ופיתוח. בגלל הקשיים של חלקם במציאת מקורות מימון עצמאיים, גדלים הפערים בין הפריפריה למרכז. על משרד הבריאות ומשרד האוצר לבחון דרכים לצמצום החלק היחסי הנדרש מבתי החולים במציאת מקורות כספיים לבינוי ותחזוקה.

מקורות תקציביים נוספים אפשריים לפיתוח בתי החולים הממשלתיים

מאחר ואין מקורות תקציביים קבועים וצבועים לצורכי בינוי ותחזוקה מלבד הקצאת כספים ייעודיים מצומצמים לבינוי ותחזוקה במסגרת תקציב משרד הבריאות, נדרש למצוא מקורות תקציביים נוספים לגיוס מקורות הון לצורכי בינוי פיתוח ותחזוקה. ואולם משרדי הבריאות והאוצר לא בחנו בהקשר זה שלעיל למשל את החלופות הבאות: (1) לא ברור דבר קיומה של מחלוקת בין משרד האוצר לבין משרד הבריאות בשאלה האם מרכיב הפיתוח ומרכיב הפחת כבר כלול גם בתוך מחיר יום אשפוז ואם אינם כלולים - לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי היה לבחון האם נכון לכלול אותם, דבר שלא נעשה; (2) לא בחנו את שיטת ההנחות שנותנים המרכזים הרפואיים לקופות החולים ממחירי משרד הבריאות; (3) לא ביצעו פעולות למניעת כפל תשתיות במערכת הבריאות - בין קופות החולים לבתי החולים, בין בתי החולים עצמם, ובין קופות החולים עצמן (תוך שמירה על עקרון התחרותיות).

מן הראוי שהמאסדרים ימצאו את הדרכים לממן בינוי ותחזוקה בבתי החולים, ובלבד שתימנע פגיעה בקופות החולים עקב עלייה אפשרית במחיר ימי אשפוז ופרוצדורות רפואיות. כמו כן על משרד הבריאות ומשרד האוצר לסיים את הכנתו של נוהל תרומות ובכלל זה לשקול גם תוכנית מרכזית לגיוס תרומות למערכת הבריאות המבוססת על מיפוי הצרכים של כלל מערכת הבריאות ו/או הסטת חלק מהתרומות המתקבלות למטרות פיתוח במרכזים הרפואיים הגדולים, בהתאם לאמות מידה ברורות ושקופות למרכזים רפואיים קטנים בפריפריה, אשר מתקשים בגיוס תרומות.

אתרי היחידות השונות של משרד הבריאות

למשרד הבריאות יחידות רבות ומגוונות הפועלות באתרים רבים ברחבי הארץ. משרד מבקר המדינה בדק סוגיות הקשורות למשרדי יחידות אלו.

חוסר מקום ליחידות בבניין החדש של משרד הבריאות בירושלים

לאחר שנים רבות שבהן היו יחידות משרד הבריאות בירושלים פזורות באתרים שונים, בינואר 2013 היו מרביתן אמורות לעבור לבניין חדש שנבנה בסמוך לתחנה המרכזית בעיר¹¹¹. במעבר לבניין חדש חשוב לתכנן מראש את השטח הרצוי לפי כוח האדם הקיים והצפי לגידול בו.

ואולם מסיכום דיון במשרד ראש הממשלה ממרץ 2011 עולה כי משרד הבריאות לא הגדיר באופן מלא את צרכיו בשלבי התכנון המוקדמים, לרבות את הצפי לגידול בכוח אדם¹¹².

111 מגדלי הבירה - שני מגדלי משרדים ששטחם 33,500 מ"ר, המיועדים לאכלס את משרד הבריאות ומשרד הרווחה, את רשות האכיפה והגבייה ואת נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות במשרד המשפטים.

112 פרוגרמה ראשונה אושרה ב-2004 ועודכנה ב-2007.

רק בדצמבר 2010 פנה סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש במשרד הבריאות לסגן בכיר לחשב הכללי במשרד האוצר ולראש מינהל הדיור הממשלתי בבקשה להוסיף שטח ל-50 עובדים - 1,000 מ"ר - בשל "תוספת תקנים". לדברי הסמנכ"ל, התקנים נועדו בין השאר להגברת הפיקוח והבקרה של המשרד, וחלקם גם מיועדים לבני מיעוטים.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה שנכון למועד המתוכנן לאכלוס הבניין החדש בירושלים, אין מקום לכ-80 מהעובדים הצפויים לעבוד בו. לדעת משרד מבקר המדינה הדבר מראה על תכנון לקוי.

בעקבות זאת, לפי מה שנמסר ממשרד הבריאות חלק מהיחידות ומהעובדים שהיו אמורים לעבור למשרד החדש בירושלים לא ירוכזו בו, העובדים בבניין החדש יצופפו יותר מהמתוכנן, וכמו כן לא תישאר עתודה של מקום לשנים הבאות ולצורכי גידול אפשריים בעתיד.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 שמדיניות מינהל הדיור הממשלתי ואגף התקציבים באוצר היא לא לכלול רזרבות וצפי לגידול עתידי בהכנת פרוגרמות.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "מינהל הדיור הממשלתי בחשב הכללי מקצה דיורים על פי פרוגרמה מאושרת ועל בסיס תקינת כוח אדם קיימות ו/או בנוסף צפי גידול / קיטון ככל שהוא מאושר באותה העת על ידי הגורמים הרלוונטיים ואכן, הקצאת השטח למשרד הבריאות במגדל הבירה הייתה על פי תקני כוח האדם המאושרים לאותה עת... יש חשיבות גדולה להגדרה נכונה של תקני כוח האדם בתחילת התכנון".

משרד מבקר המדינה אינו מערער על מדיניות משרד האוצר בדבר הקצאת רזרבות וההתחשבות בצפי לגידול עתידי בהכנת פרוגרמות. עם זאת, מהממצאים עולה כי תכנון המבנה החדש של משרד הבריאות בירושלים היה לקוי, וכבר במועד האכלוס היה מחסור משמעותי במקומות לעובדים. על משרד הבריאות ומשרד האוצר למצוא פתרון מידי למצב שנוצר. כמו כן עליהם למצוא את הדרך הנכונה להגדרת מתן האישורים לצפי לגידול בכוח האדם, כדי שבבניית משרדים בעתיד יתאימו המבנים למצבת כוח האדם במועד אכלוסם.

אתרי יחידות משרד הבריאות בגוש דן

פיזור היחידות של משרד הבריאות בגוש דן:

לצורך ארגון ראוי של המערכת ולטובת הציבור שמקבל שירות במשרדים אלו, חשוב שיחידות שונות של אותו משרד ממשלתי, כמו גם משרדים שיש ביניהם ממשקים, יהיו מרוכזים וסמוכים זה לזה ככל האפשר.

ואולם נמצא כי נכון למועד סיום הביקורת עדיין פזורות יחידות של משרד הבריאות בשבעה אתרים שונים בגוש דן. לעומת זאת בבניין קריית הממשלה בתל אביב, שבו מרוכזים משרדי ממשלה רבים, לא פועלת אף לא יחידה אחת של משרד הבריאות.

לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי לבחון העתקתם של האתרים למקום מרכזי אחד.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי לאחר הסכמת מנכ"ל משרד ראש הממשלה להשאת חלק מיחידות משרד הבריאות בתל אביב בגלל מחסור במקום בבניין החדש בירושלים, עדיין המשרד את הפרוגרמה וכעת נדרש אישור אגף התקציבים למהלך.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי פעל לשילוב משרד הבריאות בקריית הממשלה בתל אביב, אך מאחר שהמשרד לא הצליח להעמיד מקורות תקציביים לכיסוי עלויות שכר הדירה בגין השטחים שיועדו עבורו, הועברו השטחים למשרדים אחרים. עוד כתב: "משנת 2011 מינהל הדירור פועל לאיחוד יחידות משרד הבריאות באזור תל אביב לבניין אחד... נכון להיום, נושא זה מתעכב בשל העדר מקורות תקציבים לכיסוי העלויות הנובעות ממהלך זה".

מטה הרשות העליונה לאשפוז ובריאות בשעת חירום במקום שאינו ממוגן:

בעתות חירום מופעלת מערכת הבריאות במדינת ישראל באמצעות הרשות העליונה לאשפוז ובריאות בשעת חירום (להלן - הרשות העליונה). ייעוד הרשות בין השאר הוא לתכנן, לארגן ולהפעיל את מערך האשפוז והבריאות בשעת חירום, מערך אשר ישרת את כלל הנפגעים (נפגעי צה"ל והאוכלוסייה האזרחית) וכן יאפשר המשך אשפוז לאוכלוסייה הנזקקת, קיום שירותי רפואה בקהילה ורפואה מונעת לכלל האוכלוסייה.

מטה הרשות העליונה (להלן - חמ"ל המטה) משמש הן בעתות רגיעה והן בעתות חירום כגוף שליטה מרכזי להיערכות מערכת הבריאות במרחב מדינת ישראל. לכן חשוב שמיקומו הגאוגרפי יהיה הולם, ושימוגן באופן שיאפשר לו להמשיך ולמלא את ייעודו גם בעתות חירום.

ואולם רק במהלך הביקורת, בפברואר 2012, גיבש משרד הבריאות גרסה ראשונית של תצורת חמ"ל המטה החדש. התכנית כוללת בין השאר את דרישות המיגון שיאפשרו לחמ"ל לתפקד גם בעת חירום.

נכון למועד סיום הביקורת עדיין שכן חמ"ל המטה בקומה השנייה של אחד האתרים של יחידות משרד הבריאות בתל אביב ולא היה ממוגן כלל. לא זאת אף זאת - המטה שוכן במרכז תל אביב במיקום גאוגרפי רגיש, שעלול להיות נתון למתקפה במקרה של מלחמה. עדיין אין כל צפי למועד העברתו לאתר אחר, ואף לא נקבע מיקום חדש.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי נושא חמ"ל המטה נדון במסגרת תכנון ועדכון הפרוגרמה בתל אביב. עוד מסר כי לרשות העליונה יש מטה חליפי ממוגן.

לדעת משרד מבקר המדינה, מכיוון שהוחלט כי המטה צריך להיות ממוקם בתל אביב, ומכיוון שאין צפי למועד סיום ביצוע הפרוגרמה לבניין משרד הבריאות בעיר, יש לשקול למצוא בהקדם מקום ממוגן בתל אביב עבור מטה הרשות העליונה.

בינוי ותשתיות בקהילה

קיימת מגמה של הרחבת השירותים הרפואיים הניתנים בקהילה. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קופות החולים מחויבות למתן שירות רפואי במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. כדי לענות על דרישות החוק יש צורך בבינוי ותשתיות רפואיים בקהילה. משרד מבקר המדינה בדק סוגיות של תקציבי הפיתוח של הקופות, הקצאת שטחים לבינוי מרפאות בקהילה ומיקום מרפאות רופאים עצמאיים הפועלים עבור קופות החולים בבתי מגורים.

תקציבי הפיתוח של קופות החולים

לפי דוח הוועדה להסדרת הדיווח הפיננסי בקופות החולים מ-2002¹¹³, הכלי התקציבי הוא מכלי הניהול, הפיקוח והתקשורת החשובים ביותר בארגונים ותאגידים בעולם הכלכלי המודרני, לרבות בעסקים בעלי אופי מלכ"רי. לכלי זה גם השלכות על התנהגות הפרטים בארגון.

חשיבות זו של התקציב מודגשת, בין היתר, בגילוי דעת 1469¹¹⁴ של לשכת רואי החשבון: "התקציב משמש אמצעי פיקוח בידי חברי המלכ"ר, הגופים התומכים ומשרדי הממשלה המקציבים לו הקצבות, על הנהלת המלכ"ר, וכן אמצעי פיקוח של הנהלת המלכ"ר על יחידותיו ועובדיו הכפופים לה. התקציב משמש מסגרת של הרשאות לפעולה ושל הגבלות שונות על פעולותיו של המלכ"ר. כאשר התקציב מאושר על ידי המורשים לכך במלכ"ר ו/או על ידי התומכים הרלבנטיים, הופכים אומדני ההוצאות למסגרות של הקצבות והרשאות, אשר אין לחרוג מהן".

זאת ועוד, עצם הצורך בהכנת תקציב מחייב את הארגון לזהות את מטרותיו ארוכות הטווח ואת יעדיו קצרי הטווח, להציב יעדים ולהשוות את הביצוע ליעדים אלו; לראות בארגון מערכת אינטראקטיבית של רכיבים החייבים לפעול בתיאום; להתאים בין ייעוד הארגון לעובדים בו; לצפות מראש בעיות וקשיים כדי שהתגובה להם לא תהא בדיעבד.

היקף תקציבי הבינוי של קופות החולים לשנת 2011¹¹⁵: הכללית (בקהילה) - 360 מיליון ש"ח; מכבי - 101 מיליון ש"ח; מאוחדת - 30 מיליון ש"ח; לאומית - 27 מיליון ש"ח. בסך הכול עמדו תקציבי הפיתוח של קופות החולים לשנת 2011 על כ-518 מיליון ש"ח¹¹⁶. משרד מבקר המדינה בדק סוגיות הקשורות לתקציבי הפיתוח של ארבע קופות החולים. הבדיקה התרכזה בשנים 2009-2011.

אי-מסירת תקציבי הפיתוח לאישור שר האוצר:

לפי דוח הוועדה להסדרת הדיווח הפיננסי בקופות החולים, נציג האוצר בוועדה ביקש מן הקופות כי העתק מן התקציב יוגש בו-זמנית גם למשרד האוצר (נוסף על משרד הבריאות, ולא לאחריו), ואלו נעזרו לבקשה. סעיף 32(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קבע כי "תקציב קופת חולים יהיה מורכב מתקציב רגיל ומתקציב פיתוח; תקציב הפיתוח יוכן מדי שנה כמתכונת תלת-שנתית והוא טעון אישור שר הבריאות ושר האוצר".

113 ועדה שהקימו בפברואר 2001 משרד הבריאות והמוסד הישראלי לתקינה חשבונאית, ונועדה בין השאר להמליץ על שינויים מחייבים בכללי החשבונאות המקובלים, כדי שיהיה אפשר להסדיר מערכת כללי חשבונאות ודיווח אחידים למגזר הייחודי של קופות החולים ולהחילם עליו.

114 לשכת רואי החשבון בישראל, כללי חשבונאות ודיווח כספי על ידי מלכ"רים, 1997.

115 לרבות חידוש ציוד.

116 משרד הבריאות, דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2010, נובמבר 2011.

נמצא כי על אף הקבוע בחוק ולמרות בקשתו של נציג האוצר בוועדה להסדרת הדיווח הפיננסי בקופות החולים, כל קופות החולים, לפחות בארבע השנים האחרונות, לא מסרו העתקים מתקציבי הפיתוח למשרד האוצר, וזה אף לא דרש לקבלם.

אגף החשב הכללי באוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי האגף "מקבל את עמדת המבקר וסבור כי ראוי שיהיה מעקב ופיקוח על תקציבי הפיתוח של קופות החולים. האגף, יהיה שותף לבחינת הנושא על ידי גורמים רלוונטיים נוספים".

העברת תקציבי הפיתוח למשרד הבריאות באיחור :

כדי שתקציבי הפיתוח יישמשו בסיס לתכנית העבודה של הקופות, וכדי שהתקציבים והתכנית יוכלו להיות נתונים לבקרת המאסדר, חשוב שתקציבי הפיתוח יוגשו לו די זמן מראש, לפני תחילת השנה - כך יוכל לבחון אותם, להעיר הערות ולהשאיר די זמן לקופות החולים לתקנם במידת הצורך.

על פי תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים), התשס"ו-2006 (להלן - התקנות), "בכל שנה ולא יאוחר מיום 31 באוקטובר של השנה, תגיש קופת חולים לאישור שרי הבריאות והאוצר לפי סעיף 32 לחוק, הצעת תקציב פיתוח לשנה שלאחריה".

ואולם בביקורת נמצא כי כל הקופות הגישו את תקציבי הפיתוח לכל אחת מהשנים 2009-2011 באיחור משמעותי לעומת הזמן שקבעו התקנות, ובחלק מן המקרים רק במהלך השנה הקלנדרית שתקציב הפיתוח מתייחס אליה. למשל, הכללית ומאוחדת הגישו את תקציבי הפיתוח לשנת 2011 בפברואר 2011 (יותר משלושה חודשי איחור), לאומית הגישה אותו רק במרץ 2011 (יותר מארבעה חודשי איחור), ומכבי הגישה אותו רק בסוף דצמבר 2010 (איחור של כחודשיים).

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 שהעיכוב בהגשת תקציבי הפיתוח נבע, בין היתר, מכך שאין בקופות החולים ודאות בנוגע לתקציב עד סמוך לתחילת כל שנה.

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי החל מתקציב שנת 2012 היא החלה להגיש את תקציבי הפיתוח בזמן ועל פי לוחות הזמנים שקבעו התקנות.

קופת חולים לאומית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי תעשה מאמץ להעביר את תקציב הפיתוח לשני המשרדים במועד ובמתכונת הנדרשים. עם זאת הוסיפה כי מאחר שמדובר בתקציב רב-שנתי, והענף מתאפיין באי-ודאות רבה, היא מציעה לקבוע מועד מאוחר יותר להעברת התקציב, בתחילת השנה הרלוונטית (למשל ב-31 במרץ של כל שנה).

לדעת משרד מבקר המדינה, על קופות החולים ומשרדי הבריאות והאוצר למצוא את הדרך שתאפשר לקופות להגיש את תקציבי הפיתוח בזמן הקבוע בחוק, ואם הדבר אינו מתאפשר - לשקול שינויי חקיקה.

העברת תקציבי הפיתוח שלא בהתאם למתכונת שקבעו החוק והתקנות:

1. כדי שהפיקוח של המאסדר יהיה יעיל, חשוב שתקציבי הפיתוח של הקופות המועברים לעיונו יכללו פירוט של נתונים רבים ככל האפשר על הפרויקטים השונים וההוצאות הכספיות המתוכננות לפיתוח. ואכן, כאמור, החוק קובע כי תקציב הפיתוח יוכן מדי שנה במתכונת תלת-שנתית והוא טעון אישור שר הבריאות ושר האוצר. כלומר, על הקופות להגיש תכנית לשלוש השנים הבאות לפני תחילתה של כל שנה.

ואולם נמצא כי על אף הקבוע בחוק, הגישו הכללית, מכבי, מאוחדת ולאומית את תקציבי הפיתוח שלהן בכל אחת מהשנים 2009, 2010 ו-2011 במתכונת חד-שנתית בלבד. משרד הבריאות לא העיר להן על כך.

2. התקנות¹¹⁷ מפרטות את מתכונת הגשת תקציבי הפיתוח: הצעת התקציב תכלול את כל הפרויקטים, לרבות אלו שמממנת הממשלה, ויצוין מקור המימון. בדברי ההסבר לכל פרויקט יפורטו בין השאר שנת תחילתו, שנת סיומו, עלותו הכוללת, העלות על פני שנים, העמידה בלוחות הזמנים והעברה תקציבית בין השנים בשל אי-עמידה בלוחות זמנים.

ואולם בסקירת תקציבי הפיתוח שהגישו הקופות למשרד הבריאות בתחילת כל אחת מהשנים 2009-2011, נמצא כי הם לא הוגשו במתכונת שקבעו התקנות. בין השאר, אף לא אחת מהקופות דיווחה על עמידה בלוחות זמנים בכל אחד מהפרויקטים שלה. כמו כן מכבי, מאוחדת ולאומית לא הציגו את פירוט עלויות הפרויקטים על פני שנים ולא את שנת תחילתו של כל פרויקט ופרויקט כנדרש.

על קופות החולים להקפיד להעביר את תקציבי הפיתוח במתכונת שקבעו התקנות. על המשרד להקפיד ולדרוש זאת מהן.

אי-ניצולם של תקציבי הפיתוח ככלי ניהולי:

בפרק להלן שעוסק בוועדת הפרויקטים של משרד הבריאות צוין כי כדי להבטיח הקצאת משאבים מועילה ושוויונית לפרויקטים של בינוי במערכת הבריאות ולמנוע כפל תשתיות במערכת¹¹⁸, חשוב שהמאסדר ישמש כיד מכוונת. חשוב גם שהמשרד ימצא דרך לפקח על פרויקטים שהפעלתם אינה מצריכה הליכי רישוי¹¹⁹.

משרדי הבריאות והאוצר יכולים להשתמש בהליך אישור הצעות תקציבי הפיתוח של קופות החולים ככלי ניהולי. בשימוש נכון בהצעות התקציבים - לרבות קבלתן בזמן, בחינתן, בקשת הבהרות מקופות החולים, מתן הערות לתיקון ולבסוף אישורן - יהיו המשרדים, כמאסדר, יד מכוונת בהוצאת המשאבים במערכת הבריאות הציבורית.

117 תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים), התשס"ו-2006, פרק ה', ובתוספת השנייה והשלישית.

118 עוד בנושא זה ראו להלן בפרק "בינוי במערכת הבריאות ללא בחינה ואישור של ועדת הפרויקטים ושל גופים נוספים".

119 למשל, תקנות בריאות העם (רישום מרפאות), התשמ"ז-1987, מגדירות אילו מרפאות כירורגיות חייבות ברישום.

מהאמור בפרק זה עולה כי משרדי הבריאות והאוצר אינם משתמשים בכלי החשוב של תקציבי הפיתוח כדי לבחון את ההוצאות המשמעותיות המתוכננות של קופות החולים לפני ביצוען, ומכאן שגם אינם בוחנים את נחיצות הפרויקטים המתוכננים ואת סבירות גובה ההוצאות עליהם. מכיוון שמשרד הבריאות אף לא מקבל לעיונו את תקציבי הפיתוח, הוא לא העיר לקופות על שאינן מגישות אותם בזמן שנקבע בתקנות, וגם לא נמצא כי העיר על הפרויקטים ועל ההוצאות המתוכננות.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "עיקר הבקרה שנעשתה באגף [לפיקוח על הקופות ושירותי בריאות נוספים] התמקדה במהות ובעמידת הקופות במגבלת תקציב הפיתוח. לאור תוספת תקנים לאגף ואיושם במהלך שנת 2012, ולאחר ביטול המגבלה החל טיפול בנושא זה באופן מדויק יותר כמפורט בתקנות לקראת תקציבי הפיתוח לשנת 2013... פרויקטים בסדרי גודל משמעותיים מובאים מראש לאישור אגף קופות חולים ואגף בינוי ותשתיות".

משרד מבקר המדינה מעיר כי לא נמסרו אסמכתאות על מסירת פרויקטים של קופות החולים מראש לאישור אגף זה או אחר במשרד הבריאות. ראוי שמשרד הבריאות יבחן את כל הפרויקטים ויפעל מתוך ראייה לאומית, כראוי למאסדר.

ביטול מגבלת תקציב הפיתוח של קופות החולים :

בעבר התקיימה תחרות פרועה בין קופות החולים על מספר המבוטחים באמצעות פיתוח ושיווק בהיקפים גדולים. מחשש לפגיעה בשירותים למבוטחים נוצר הצורך להגביל תחומים אלו. בדברי ההסבר לתקציב שנת 1999 צוין גם שכדי להגביר ולעודד את התייעלותה של מערכת הבריאות החליטה בין השאר הממשלה להגביל הן את תקציבי הפרסום והן את תקציבי הפיתוח של הקופות. על פי החלטת ממשלה מ-16.9.2001¹²⁰, "שרי הבריאות והאוצר... יאשרו לקופות החולים תקציבי פיתוח תלת שנתיים בסכום כולל שלא יעלה על 215 מיליון ש"ח בשנה במחירי מדד תשומות הבנייה ממוצע לשנת 2001". תוקף החלטת הממשלה היה עד שנת 2007, אולם גם לאחר מועד זה המשיך משרד הבריאות בהגבלת תקציבי הפיתוח של קופות החולים על בסיס אותה החלטה.

מסיכום דיון של המשרד מדצמבר 2011 (במהלך הביקורת) עולה כי "מגבלת התקציב [הבינוי והפיתוח] לא אפקטיבית וגורמת לקופות התנהגות שאינה כלכלית"¹²¹. במועד סיום הביקורת (ספטמבר 2012) הודיע המשרד כי בכוונתו לבטל את ההגבלה על תקציב הפיתוח החל בתקציבים שיהיו הקופות צריכות להגיש לקראת שנת 2013 (לשנים 2013 עד 2015).

120 החלטה מס' 746.

121 למשל, פנייה של הקופות לאפיק של שכירות מבנים במקום לאפיק של קניה או בנייה, שהוא בדרך כלל משתלם יותר. עוד בנושא זה ראו להלן.

נמצא כי משרד הבריאות החליט להסיר את המגבלה על תקציבי הפיתוח של הקופות רק במהלך הביקורת, ולאחר כעשר שנים שבהן המגבלה חלה - וזאת לא מפני שהרעיון שבבסיסה אינו נכון, אלא משום שהמגבלה הובילה את הקופות בשנים האחרונות להתנהגות לא כלכלית וגרמה לחוסר אחדות ביניהן באופן חישוב הוצאות הפיתוח¹²². לדעת משרד מבקר המדינה למרות הסרת המגבלה, וכדי להימנע מהתחרות הפרועה שהתקיימה בעבר, על משרד הבריאות להמשיך ולוודא שהקופות לא מגדילות את תקציבי הפיתוח אל מעבר לסביר.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי למרות הסרת המגבלה, בכוונתו לאשר את התקציבים לאחר בחינה מעמיקה וביחס ליכולות הכלכליות והתקציביות של הקופות.

שכירות מול קנייה של מרפאות בקהילה אי-ביצוע בדיקת כדאיות כלכלית כנדרש:

1. לשימוש בנכסים שכורים יש אמנם יתרון, בכך שאפשר לעבור בקלות יחסית לנכס חלופי אם הנכס הקיים אינו מתאים עוד לצרכים; אולם לנכסים קנויים יש בדרך כלל יתרון כלכלי על פני נכסים שכורים. כך עולה למשל ממודל שפיתחה מחלקת פיתוח נדל"ן בכללית במרץ 2011: לפי המודל, במרבית המקרים נכון יותר לרכוש נכסים, ולכן יש ללחוץ על יזם לאפשר חלופה של רכישת הנכס ויש לחפש חלופות רכישה.

גם לדברי מנהל אגף כספים ותכנון במכבי, ככל שמדובר בנכסים חדשים שבכוונת הקופה להחזיק בהם שנים רבות, ברור שמהבחינה הכלכלית הטהורה עדיף לבנות או לרכוש, ולא לשכור. למכבי יתרות מזומנים בבנק, שבתנאי שוק ההון הנוכחי נושאות תשואה שנתית של 2%-3% בלבד, ואילו בשכירות, דמי השכירות מגלמים תשואה שנתית ליזם בשיעור של 8%-9%. לכן ברור שכדאי לבנות או לרכוש את הנכס, ובכך לחסוך את פערי התשואות ולהרוויח בעלות על נכס. כך גם עולה ממכתב ששלח מנכ"ל מכבי בינואר 2013 לחשבת הכללית ולסגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר: "מבחינה כלכלית טהורה תהליך זה אינו רצוי, מאחר ולטווח ארוך הקופה מעמיסה על עצמה הוצאות שכירות המגלמות עלות הון גבוהה ורווח יזמי לבעלי הנכס... הרבה מעל עלות ההון, ועל כך נוספים עדכוני שכר דירה מידי מספר שנים".

יתרון נוסף של קניית נכסים להפעלת מרפאות הוא הבטחת מתן השירות למבוטחים לאורך שנים רבות מאוד במקום קבוע, ללא חשש שהמרפאה תיאלץ לעבור מקום. כמו כן, קניית נכס מעבירה את רוב הנושאים הקשורים בו לשליטת הקופה, ולא לידי בעלי בית שונים שעלולים להתגלע סכסוכים עמם שיפגעו בציבור החולים. הקופה היא גם האחראית הבלעדית לכל הקשור לבטיחות ולאישורים המתאימים.

2. למרות היתרונות המוזכרים לעיל נאלצות קופות החולים לנהוג באופן שאינו בהכרח נכון מהבחינה הכלכלית, וזאת בשל מגבלת ההוצאה על בינוי ופיתוח כאמור, וכן משום שמשרד הבריאות בוחן את עמידתן ביעד תקציב שנתי מאוזן בשיטה הזקפת את כל ההשקעה בבנייה או ברכישה לשנת התשלום בלבד (ובמקרים חריגים, בכפוף לאישור מיוחד, בפריסה לשלוש שנים).

122 משרד הבריאות פרסם במרץ 2011 הנחיות לקופות החולים לגבי הוצאות הפיתוח הנכללות במסגרת תקציב הפיתוח; בין היתר, הוצאות שכירות לא נכללות בו, ומגבלת תקציב פיתוח לא חלה על השקעות במחשוב. עוד בנושא זה ראו לעיל.

כללים אלו של משרד הבריאות¹²³ אילצו את כל קופות החולים לפנות בעיקר לאפיק של שכירות מבנים, במקום לקנייה או בנייה, והשיקול הכלכלי נדחה בצדק, מפני הדרישה החוקית לא לחרוג בתקציב. ולכן במכבי, לאומית ומאוחדת לא נעשה לגבי כל פרויקט בינוי ופיתוח - גם כשיש היצע מתאים - אפילו ניתוח כלכלי של שכירות מקרקעין מול קנייתם, המביא בחשבון את כל המגבלות החשבונאיות והרגולטוריות. גם בדיון הנהלת משרד הבריאות מדצמבר 2011 בהשתתפות מנכ"ל המשרד, עלה כי "קופות החולים פעלו לעיתים משיקולים שאינם כלכליים והרבו לשכור נכסים במקום לרכוש". קביעת כללים אחרים הייתה מאפשרת לקופות לפנות יותר לאפיק של קנייה, תוך כדי עמידה בדרישה החוקית שלא לחרוג בתקציב.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "בדיוק בשל החשש כי מגבלת תקציב הפיתוח הביאה את קופות החולים לפעול לעיתים משיקולים שאינם כלכליים ובאופן לא יעיל, הוחלט שלא לחדש את החלטת הממשלה להגבלת תקציב הפיתוח של הקופות".

גם גירעונות של מיליארדים בהון השוטף¹²⁴ (התחייבויות שוטפות פחות נכסים שוטפים) שהציגו קופות החולים בשנת 2011 מאלצים אותן לפנות בעיקר לאפיק של שכירות.

עוד עלה כי השימוש בנכסים שכורים גרם למרפאות מסוימות של קופות החולים לא לעמוד בדרישות חוקיות שונות. למשל, לפי דיווח של מאוחדת למשרד מבקר המדינה במרץ 2012, במרפאה שכורה שמפעילה הקופה בבני ברק טרם טיפלו בעלי הנכס באישורי הכבאות הנדרשים. כמו כן דיווחה כי במרפאות שכורות נוספות שהיא מפעילה השיגה הקופה את האישורים הנדרשים בחלק שהיא מפעילה, ואולם בעלי הנכס לא השיגו את האישורים המתאימים בתחום הכבאות בכלל הבניין.

לאומית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "על מנת שהקופה תוכל לממש באופן מובנה מדיניות של רכישת נכסים (ולא שכירות), על בסיס ניתוח ספציפי של כל מקרה, נדרשת הקצאה של סיוע ייעודי מצד המדינה לעניין, בעיקר עבור הקופות הקטנות, ככלי להרחבת נגישות השירות למבוטחים וקידום התחרות. כלי הסיוע יכול לבוא בצורה של מענק או הלוואה בתנאים מועדפים. ניתן לקבוע גם כי שיעור המענק יהיה גבוה יותר... ביחס להשקעות שיתבצעו בפרפריה".

מכבי מסרה כי היא ממליצה שהמדינה תקים קרן ייעודית להלוואות כספים לקופות החולים לרכישת קרקעות ונכסים, שתיתן הלוואות בריביות נוחות יותר מהלוואות בנקאיות. בכך יהיה תמריץ לקופות לפנות יותר לאפיק של קנייה, והמדינה תרוויח מתשלומי הריבית של הקופות. מנכ"ל מכבי אף ציין המלצה זו במכתבו מינואר 2013 לחשבת הכללית ולסגן הממונה על התקציבים באוצר.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי אינו מתנגד להצעה להעמיד קרן ייעודית להלוואות כספים לקופות החולים לרכישת קרקעות ונכסים, ובלבד שיימצא לכך מקור מימון נוסף חוץ-תקציבי.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי יהיה שותף לבחינת הנושא, ובפרט למציאת הדרך ליצירת תמריצים להתנהגות כלכלית של הקופות אשר לאפיקי שכירות מול קניית מבנים. עם זאת ציין כי "אין זה תפקידה של הממשלה להחליף את ספקי

123 יצוין כי גם אי-הקצאת קרקעות לבניית מרפאות של קופות החולים הוביל את הקופות לשימוש בנכסים שכורים. עוד בנושא זה ראו להלן.

124 מאוחדת נמסר שהיא סיימה את שנת 2011 בגירעון של 259 מיליון ש"ח.

האשראי במקרים בהם לא קיים כשל שוק. ככל שניתנת תמיכה לקופות החולים יש לתת לה ביטוי ישיר ואין לפעול במנגנון עקיף של סבסוד הלוואות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרדי הבריאות והאוצר ליצור תמריצים להתנהגות כלכלית של קופות החולים, להסיר חסמים ולחייב לבצע בחינה כלכלית מלאה של אפיקי שכירות לעומת קנייה בכל פרויקט ופרויקט - בהתאם לתנאי הסביבה בכל אזור. כמו כן יש לשקול את הצעתה של מכבי לאישור מרכזי של אפיקי רכישה במידת הצורך, תוך עידוד הרכישה.

אי-הכללת מרכיב הפיתוח בנוסחת הקפיטציה:

המדינה מקצה מדי שנה בשנה כספים למימון פעולותיהן של ארבע קופות החולים בשתי דרכים עיקריות: (1) כספי סל שירותי הבריאות - באמצעות נוסחת הקפיטציה¹²⁵ ובאמצעות מנגנון שיפוי הקופות בגין מחלות קשות; (2) כספי תמיכות. כדי להבטיח את פיתוח הבינוי לשירות הרפואי בקהילה חשוב שנושא זה יובא בחשבון בעת שהמדינה מקצה את הכספים לקופות.

שרי הבריאות והאוצר ממנים מפעם לפעם ועדות שתפקידן לעסוק במרכיבי נוסחת הקפיטציה, כדי לבחון את הקצאת דמי ביטוח הבריאות לקופות ולהציע תיקון עיוותים אם ישנם. באפריל 2008 מינו שר הבריאות דאז, מר יעקב בן יורי, ושר האוצר דאז, עו"ד רוני בר און, צוות לבחינת החלוקה של מקורות המימון לפי החוק. הצוות קבע בין השאר חמישה "ראשי הוצאה" - קהילה, תרופות, מרפאות חוץ ואשפוז יום, מיון ואשפוז - שלפיהם תחושב ההוצאה לשימוש בנוסחת הקפיטציה.

כבר בדוח קודם של מבקר המדינה¹²⁶ הועלה שבנוגע לקהילה, לא היו לצוות שבדק את חלוקת מקורות המימון נתונים עדכניים, והוא הסתמך בעבודתו על סקר בריאות ישן (בן כמעט עשר שנים) של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. עוד צוין בדוח הקודם כי מאוחדת העירה על טעויות מתודולוגיות בתחשיב שעליו התבססה שיטת ההקצאה החדשה, ושאיסוף הנתונים היה סלקטיבי והביא לתוצאות שגויות בחישוב ההקצאה.

במהלך הביקורת הנוכחית שבה מאוחדת והעלתה בפני נציגי משרד מבקר המדינה את הטענה כי בחישוב ההוצאות של קופות החולים לצורך נוסחת הקפיטציה לא מובאות בחשבון, בין השאר, ההוצאות לפיתוח בקהילה.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי כי משרדי הבריאות והאוצר ישקלו את הצעת מאוחדת לכלול במרכיבי ההוצאה לחישוב נוסחת הקפיטציה גם את מרכיב הבינוי.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "לאור הסכומים הקטנים יחסית של הוצאות הבינוי, לא תהא לכך השפעה על נוסחת הקפיטציה".

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה כי "לא ברור מדוע יש לשקול הכללת מרכיב הפיתוח בנוסחת הקפיטציה, שהרי רכיב זה מגולם כבר ברכיבי ההוצאה הקיימים בנוסחה".

125 נוסחה המכילה פרמטרים כגון גיל, מגדר ומרחק ממרכזי אוכלוסייה.

126 מבקר המדינה, דוח שנתי 62 (2011), "חלוקת המקורות הכספיים בין קופות החולים - מעקב מורחב", עמ' 427.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרדי האוצר והבריאות וקופות החולים להבהיר את המחלוקת אם רכיב הפיתוח אכן מגולם בנוסחה לחלוקת המקורות בין קופות החולים. אם יתברר כי אינו מגולם, יש לבדוק את הצורך בהכללתו בחישוב הנוסחה לחלוקת המקורות בין קופות החולים.



לדעת משרד מבקר המדינה, על משרדי הבריאות והאוצר לשקול את ההצעות השונות, דוגמת הקמתה של קרן ייעודית של המדינה להלוואת כספים לקופות החולים לשם רכישת קרקעות ונכסים, וההצעה לכלול בחישוב ההוצאות לצורך נוסחת הקפיטציה את הוצאות הפיתוח של קופות החולים. לצד זה, על הקופות לעשות ניתוח כדאיות כלכלי מעמיק של כל פרויקט ופרויקט, הן בכפוף להגבלות השונות והן על פי תנאי שוק הנדל"ן בכל מקום. על משרד הבריאות לבחון, במסגרת הפיקוח על תקציבי הפיתוח של קופות החולים, גם את השיקולים של כל קופה בקנייה או בשכירה של נכס, ולשקול את שינוי שיטת הבחינה שלו לגבי עמידה ביעד תקציב שנתי מאוזן - כך שלא תזוקף את כל ההשקעה בכנייה או ברכישה לשנת התשלום בלבד, אלא תחלקה על פני כמה שנים.

הקצאת שטחים לבניית מרפאות קופות חולים בקהילה בערים ושכונות חדשות

מרפאות קופות החולים בקהילה מספקות שירותי רפואה ראשונית לתושבים. קיימת מגמה עולמית של העברת שירותים רפואיים ממערכת האשפוז (בתי החולים) למערכת האמבולטורית (בקהילה).¹²⁷ אחת הסיבות לכך היא שהליכים רפואיים שבעבר הצריכו אשפוז (לעתים ממושך) לפני ביצועם וכן לאחריו כבר אינם דורשים זאת, בין השאר בזכות התפתחויות טכנולוגיות ברפואה והשימוש במכשור מתקדם. מתן שירותים רפואיים במערכת הקהילתית גם זול יותר לעומת המערכת האשפוזית, הם נגישים יותר לאוכלוסייה, ובמתקני הקהילה קטנים יותר הסיכונים להידבקות בזיהומים ובחידקים עמידים.¹²⁸

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי שירותי הבריאות הכוללים בסל שירותי הבריאות יינתנו "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". הגידול המהיר באוכלוסיית מדינת ישראל דורש בניית ערים ושכונות חדשות,¹²⁹ וקיומו של שירות רפואי זמין בהן הוא מחויב המציאות. לאור זאת ולנוכח החשיבות הגוברת של מערכת הרפואה הקהילתית בדק משרד מבקר המדינה את הליכי הקצאת השטחים לקופות החולים בערים חדשות ובשכונות חדשות לשם הקמת מרפאות.

127 אחת המטרות הרב שנתיות שהוצגו בעיקרי תוכנית העבודה של משרד הבריאות לשנת 2010 היה "חיזוק מערכי שירותי הבריאות בקהילה".

128 על יתרונות הטיפול הרפואי בקהילה ראו למשל בדוח מבקר המדינה 362 (2011), "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.

129 ביוני 2012 מנתה אוכלוסיית ישראל 7.901 מיליון נפש, לעומת 6.365 מיליון בשנת 2000 (גידול של 24%).

אי-הקצאת קרקעות ייעודיות למרפאות בקהילה

1. חוזר מנכ"ל משרד הפנים מ-2008¹³⁰, שעודכן בעקבות התדריך מ-2005, קובע כי כאשר רשות מקומית מבקשת להתקשר עם קופות החולים, "שהינן גופים עסקיים ורווחיים", עליה לפרסם מכרז פומבי שיבטיח תחרותיות, שוויון וקבלת התמורה מרבית.

לפי תדריך תכנון חדש להקצאת קרקע לצורכי ציבור¹³¹ (להלן - התדריך מ-2005), ועמדת משרד הפנים, כפי שכתב למשרד מבקר המדינה ביוני 2012, התדריך הוא הקובע בכל הקשור להקצאת שטחים ציבוריים, ובכלל זה גם לקופות החולים. בהתאם לתדריך, יש למקם את מוסדות הבריאות בשטחים מסחריים שלא נקבע להם ייעוד מסוים, והקופות אמורות להתחרות על השטחים הפנויים כמו כל גוף פרטי ועסקי אחר.

קיימת מחלוקת בין קופות החולים ומשרד הבריאות ובין משרד הפנים בשאלת הקצאת הקרקעות להקמת מרפאות. קופות החולים ומשרד הבריאות סבורים כי נכון להקצות שטחים לקופות כדי להבטיח את הקמתן של מרפאות שגודלן ומיקומן נכונים, וכן כדי לצמצם את השימוש בנכסים מושכרים; לעומתם סבור משרד הפנים כי יש להקצות למטרה זו שטחים מסחריים (שטחים אפורים), כך שגם ארבע קופות החולים, בדומה לכל עסק פרטי ומסחרי אחר, יידרשו לגשת למכרזים לקבלת השטחים - לדעת משרד הפנים, כדי לשמור על רמת מחירי הקרקעות במכרזים.

יוצא אפוא שקופות החולים נאלצות להתמודד במכרזים על קרקעות מול גופים מסחריים רגילים - התנהלות שמובילה לכך שהשטחים המסחריים נרכשים על ידי יזמים פרטיים וגופים עסקיים ולא על ידי הקופות. לא מתקיימים גם מכרזים סגורים בין הקופות כך שיובטח מצד אחד שהקרקע תירכש על ידי אחת מהקופות ומצד שני תובטח תמורה הולמת על הקרקע. יצוין גם כי החזקת נכס על ידי מרפאה פירושה הכנסות ארוגה נמוכות יותר לרשות המקומית לעומת נכס שמוחזק על ידי גוף מסחרי או עסקי אחר.

2. הכללית עתרה בפברואר 2009 לבג"ץ¹³² נגד חוזר מנכ"ל משרד הפנים מס' 3/2008, שבו נקבע כי "כאשר רשות מקומית מבקשת להתקשר עם קופות החולים השונות, שהינן גופים עסקיים ורווחיים, עליה לפרסם מכרז פומבי שיבטיח תחרותיות, שוויון וקבלת תמורה מקסימלית". לטענתה זוהי הנחיה גורפת שאינה מביאה בחשבון נסיבות שבהן מדובר בהקמת מרפאה שלא לצורך הפעילות העסקית של קופות החולים, אלא לשם מילוי חובותיה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. טענתה העיקרית הייתה נגד הצורך לעמוד בתחרות עם גופים פרטיים מסחריים, שצורכיהם אינם במעמד שווה לאלה של קופות החולים.

בפסיקתו מאפריל 2011 דחה בג"ץ את העתירה בנימוק ש"אין לצפות כי הרשויות המקומיות ככלל, יתרמו לקופות החולים מקרקעין ובדרך עקיפה יתמכו בהן. ההנחיה לנהוג בשקיפות ובשוויון היא הנחיה ראויה". עם זאת קבע בג"ץ כי "ההנחיה הכללית אינה חוסמת כליל ובכלל הנסיבות מלהכיר בנתונים פרטניים במקרה חריג, שבו יהיה בידה להתחשב באופיו המיוחד של הצורך שלשמו מבקשים את המקרקעין מהעירייה ויקבעו תנאים הולמים לצורך מיוחד זה ובלבד שיעמוד בקריטריונים ראויים".

130 חוזר מנכ"ל משרד הפנים מס' 3/2008, אפריל 2008.

131 תדריך תכנון להקצאת קרקע לצורכי ציבור, משרד החינוך התרבות והספורט - המינהל לפיתוח, משרד הפנים - מינהל התכנון, משרד הבינוי והשיכון - אגף פרוגרמות, משרד האוצר - אגף תקציבים. המכון למחקר ופיתוח מוסדות חינוך ורווחה, תל אביב, 2005.

132 בג"ץ 1449/09 - שירותי בריאות כללית נ' שר הפנים ואח', תקדין (2011).

בפברואר 2012 פנתה הכללית¹³³ אל מנכ"ל משרד הפנים בבקשה לקבוע את התנאים ההולמים והקריטריונים הראויים אשר יאפשרו הקצאת מקרקעין לקופות החולים לצורכי ציבור ללא מכרז ולהנחות לפיהם את קופות החולים וכן את הרשויות המקומיות, כדי ליצור את הוודאות הנדרשת לקופות ולרשויות לשם תכנון השירותים ופיתוחם. הכללית גם הציעה להקים במשרד הפנים ועדת חריגים שתרכז סוגיות מיוחדות אלו ותדון בהן.

בהמשך, משרד הפנים כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי: "אין מקום לאפשר לרשות מקומית להתקשר עם אחת מקופות החולים ולהעביר לרשותה את מקרקעי הרשות המקומית - שהם מקרקעי הציבור - ללא קיום הליך מכרז תחרותי ושוויוני בין הגופים שבידם ליתן שירותים אלה, וללא תמורה. מתן השימוש בקרקע על דרך מכרז פומבי יאפשר לכלל הגופים שבידם ליתן את השירות הזדמנות להתחרות על המקרקעין המיועדים להקמת מבנים לשירותי בריאות באופן שוויוני, ותוך מתן התמורה הראויה בגין המקרקעין לרשות המקומית ולתושביה". ואשר לקביעת בג"ץ - "ודאי שאין ללמוד מכך כי על משרד הפנים לקבוע נוהל וקריטריונים להעברת מקרקעי רשויות מקומיות לידי קופות החולים ללא מכרז וללא תמורה - אלא להיפך. מעצם היותם מקרים יוצאי דופן וחריגים, אין מקום כמובן לקבוע בנושא זה קריטריונים ונוהל".

עוד כתב משרד הפנים כי "בידי הרשות המקומית כעורכת המכרז האפשרות לקבוע, במקרים בהם האינטרס הציבורי מחייב זאת, כי המכרז לא יהיה אך ורק למרבה במחיר - אלא יוגבל רק לשימוש של מרפאה הנותנת שירותים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובהתאם לכך ייערך אך ורק בין נותני השירותים על פי החוק האמור, קרי קופות החולים. כך, באותם מקרים תוכל העירייה לוודא כי מצד אחד נשמרים עקרונות השוויון, נערך מכרז פומבי ונגבית תמורה הולמת בגין מקרקעי הציבור, ומצד שני לא נפגע הצורך הציבורי בהקמת מרפאות".

הכללית בתגובתה מנובמבר 2012: "התייחסותו של משרד הפנים אל קופות החולים כאל כל עסק פרטי ומסחרי הינה שגויה ומקוממת. יש לשוב ולדרוש קביעת קריטריונים אשר יאפשרו הקצאת שטחים ללא מכרז לקופות החולים וזאת כדי לאפשר היערכות מיטבית ובזמן למתן שירותים רפואיים לתושבים. בשנים האחרונות אנו עדים ליותר ויותר מקרים בהם כלל לא קיימים 'שטחים חומים' [שטחים למבני ציבור] בשכונות/ערים חדשות. יכולת הכללית לפתוח שירות רפואי תלויה ביזמים פרטיים העומדים מאחורי הקמת מרכזים מסחריים. במקרים אלה השפעתנו על קצב הבנייה ויכולת הבחירה שואפות לאפס. השטחים המסחריים לרוב נבנים לאחר השלמת הבנייה למגורים ולרוב חלופת רכישה במרכזים המסחריים אינה עומדת על הפרק".

לדעת משרד מבקר המדינה, מכיוון ששירותי מרפאות בקהילה הם צורך קיום בסיסי של האוכלוסייה, על משרד הפנים, משרד הבריאות, הרשויות המקומיות וקופות החולים למצוא דרך להבטיח הקצאת קרקעות ייעודיות למרפאות קופות החולים, וזאת תוך שמירה על עקרונות השוויון וגביית תמורה הולמת עבור מקרקעי הציבור. אם לדעת משרד הבריאות ו/או קופות החולים התעורר צורך להקים מרפאה חדשה או נוספת ברשות מקומית. מן הראוי שהרשויות המקומיות יערכו מכרז סגור להקצאת קרקע שהשימוש בה יוגבל לשימוש של מרפאה הנותנת שירותים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במכרז ייקבעו תנאי סף שלפיהם יוכלו להשתתף בו רק קופות חולים כמשמעות המונח בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

133 באמצעות עו"ד שאול ברגרזון ממשרד עו"ד ברגרזון ושות', ופעם נוספת ביוני 2012 באמצעות עו"ד רנאטו יאראק ממשרד עו"ד מ' פירון ושות'.

זאת ועוד, לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הפנים להנחות את הרשויות המקומיות, לשקול לאפשר במקרים מיוחדים וחריגים, ובהם יהיה צורך לייעד קרקע לקופת חולים מסוימת (כאשר לדוגמה מרבית תושבי הרשות חברים בקופה מסוימת וזכייה של קופה אחרת תחייבם לקבל שירותים במקום מרוחק), ולהקצות לה את הקרקע בדרך של העברת המקרקעין באישור מועצת הרשות ובכפוף לאישור הנדרש ממשרד הפנים והכל בכפוף לפסיקת בג"ץ.

3. הנזקים הנובעים מאי-הקצאת קרקעות ייעודיות למרפאות: ראש האגף לרפואה קהילתית במשרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה במאי 2012 כי "קיימת בעיה רחבה יותר, והיא, מיעוט 'שטחים חומים' [שטחים למבני ציבור] בשכונות, המרפאות הולכות ומתנקזות למתקני הקופה או לקניונים, שירותי הרפואה בלב השכונות מתמעטים והולכים, והנגישות לקשישים ולבעלי נידות מוגבלת או נטולי רכב הולכת ופוחתת". גם מכבי והכללית דיווחו למשרד מבקר המדינה על נזקים בעקבות אי-הקצאת קרקעות לבניית מרפאות קופות החולים. להלן הפירוט:

מכבי כתבה למשרד מבקר המדינה ביולי 2012 כי בשכונה החדשה הנבנית במזרח נתניה יש כ-20,000 תושבים, מהם כ-8,500 חברים במכבי. עיריית נתניה הציעה למכבי להתמודד במכרז רק על שטח קרקע שהיה קטן מדי ולא ענה לצורכי הקופה, ולכן בחרה מכבי שלא להתמודד, והיא נמצאת כיום לקראת סיום משא ומתן לשכירת שטח למרפאה מיזם פרטי. מכבי ציינה כי נכון לאוגוסט 2012 השירותים הרפואיים עדיין ניתנים במרפאה קטנה ששטחה 170 מ"ר ובמרפאות של רופאים עצמאיים שמכבי התקשרה איתם, ולכן לעתים המבוטחים נאלצים לקבל חלק מהשירותים הרפואיים במרפאות מרוחקות יותר.

בעיר מודיעין-מכבים-רעות אמנם הוקצה שטח ייעודי לכל אחת מקופות החולים, אולם מכבי כתבה למשרד מבקר המדינה כי עם התרחבות העיר השטח כבר לא הספיק לצרכים, והיא נאלצה לשכור שטחים בקניון בעיר ובמקומות נוספים. השימוש בשטחים שכורים - על כל חסרונותיו - יימשך כל עוד מכבי לא תמצא קרקעות או מבנים חלופיים לקנייה, וכל עוד לא יוסרו עיכובים נוספים שיש בקניית נכסים, כמו הגבלות של משרד הבריאות (כאמור לעיל).

גם בעיר אלעד לא הוקצו שטחים לקופות והן התקשו למצוא שטחים ונכסים מתאימים להפעלת מרפאות, ולכן חל עיכוב של שנים בפתיחת הסניף של מכבי בעיר לאחר שנבנתה, ובתקופות הביניים ניתן השירות במבנים ארעיים ויבילים שאינם ראויים למתן שירותי בריאות. בהמשך עלה צורך בפתיחת סניף שני של מכבי בחלק נוסף של העיר, ומכיוון שלא הייתה קרקע ייעודית להקמת מרפאות, נדרש לקופה זמן רב לאתר שטח מסחרי שמתאים לצרכים. לאחר שאותר השטח חל עיכוב נוסף מכיוון שכל קופות החולים וגופים עסקיים נוספים התחרו ביניהם על שכירת המבנה מיזם פרטי. מכיוון שהיה שטח אחד בלבד, היה הזיז כעין מונופול - מה שהוביל בסופו של דבר לתשלום דמי שכירות גבוהים, לעיכובים בפתיחת המרפאה ולפגיעה בשירותים.¹³⁴

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה ביוני 2012 כי בחלק גדול מהיישובים במגורים הבדואי, הדרוזי והערבי וכן ביישובים שמעבר לקו הירוק קלושים ביותר הסיכויים למצוא נכסים שהתב"ע (תכנית בניין עיר) מאשרת להשתמש בהם כמרפאה, או שיש לגביהם היתר בנייה למרפאה. לדברי הכללית, כזה הוא המצב גם בשכונות מגורים חדשות הנמצאות בשלבי בנייה, שבהן טרם הוקמו מבנים שאפשר להשתמש בהם כמרפאות.

מאוחדת ציינה בתגובתה מאוקטובר 2012 כי אי-הקצאת קרקעות מאלצת את הקופות להתחרות בקניונים עם בתי עסק אחרים, מה שמגדיל את הוצאות הבריאות ועלויות השכירות והארנונה בעשרות מיליוני ש"ח בשנה. כספים אלו חסרים לטיפול בחולים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הפנים ולרשויות המקומיות כי מן הראוי שיפעלו להבטחת הקצאת שטחים למרפאות בקהילה כחלק מהשטחים המסחריים והציבוריים, בכפוף לחזור המנכ"ל, התדריך ופסיקת בג"ץ.

אי-הקצאת שטחים ייעודיים למרפאות בקהילה ותכנון השטחים עבורן כחלק מהשטחים המסחריים והציבוריים וללא בירור מספק של צורכי מערכת הבריאות, מובילים לכך שהשטחים המסחריים נרכשים על ידי יזמים פרטיים וגופים עסקיים ולא על ידי הקופות. בסופו של דבר הקופות נאלצות לפנות לאפיק של שכירות, על כל חסרונותיו, ולא של קנייה ובינוי.

מחסור בשטחים המתאימים לצרכים של הקופות בפתיחת שירותי רפואה בערים חדשות ובשכונות חדשות, עלול לגרום לפגיעה בזמינות הגאוגרפית של שירותים במשך שנים, כפי שקרה בפועל, כאשר הנפגעים הם בעיקר הנמנים על האוכלוסייה החלשה (שבין השאר אין ברשות רבים מהם רכב).



לדעת משרד מבקר המדינה, על משרדי הפנים והבריאות וארבע קופות החולים למצוא פתרון למצוקת הקרקעות המיועדות למרפאות בקהילה, ובפרט בערים חדשות ובשכונות חדשות, שבהן יש מצוקה ברורה של שירותי בריאות לתושבים (ראו גם להלן).

אי-בירור צורכי מערכת הבריאות בתכנון והכנת תוכניות מתאר לערים ולשכונות חדשות

אחת הדרכים להבטיח מתן שירותי בריאות הכלולים בסל השירותים "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח", כפי שקבע החוק, היא הבאת צורכי מערכת הבריאות הקהילתית בחשבון בשלבי התכנון של ערים חדשות ושכונות חדשות. משרד מבקר המדינה בדק סוגיה זו.

אי-בירור צורכי מערכת הבריאות בהכנת תכניות מתאר לערים ושכונות חדשות:

בתכנון של עיר או שכונה חדשה מכינים תכנית מתאר (פרוגרמה/תכנית כתמים) שמפרטת בין השאר את כמות השטחים החומים (שטחים למבני ציבור), הירוקים (שטחים ציבוריים פתוחים) והאפורים (מסחריים), את הדרכים ואת השטחים למגורים. לפי התדריך מ-2005, הליך תכנון צורכי הציבור בתכניות כולל בין היתר הכנת נתוני רקע לתכנון - סקירת המצב הקיים וכן תחזיות למצב עתידי. לדוגמה, יש להביא בחשבון את גודל האוכלוסייה ואת גילה הצפוי. לכל קבוצת גיל צרכים שונים בתחומי החינוך, התרבות וכמובן הבריאות - למשל אוכלוסייה צעירה זקוקה להקמת תחנות

לבריאות המשפחה (טיפות חלב), ואילו לאוכלוסייה מבוגרת יותר יש לאפשר גישה לפיזיותרפיה ומקצועות רפואה אחרים הנדרשים בגילים אלו.

בגלל הצרכים הייחודיים של קופות החולים בתחום הבינוי בקהילה, והמתחייבים כאמור על פי החוק, חשוב שנציגי משרד הבריאות ייקחו חלק בתהליך יצירת תכניות המתאר ויצביעו על המצב הקיים, על הצרכים המידיים ועל הצרכים העתידיים. משום שצורכי כל קופה שונים, חשוב גם לשתף את נציגי הקופות, אם במישרין ואם באמצעות משרד הבריאות, בתכנון של עיר חדשה או שכונה חדשה בעיר קיימת.

ואולם נמצא כי בתהליך קבלת ההחלטות על הקצאת שטחים מסחריים וציבוריים במסגרת הכנת תכניות מתאר לערים ושכונות חדשות - שטחים האמורים לשמש גם את מרפאות קופות החולים - לעתים לא דנו ועדות התכנון בצרכים תכנוניים של מערכת הבריאות, ונציגי משרד הבריאות בוועדה לא הצביעו על צרכים אלו.

לדוגמה, ביוני 2012 אישר שר הפנים תכנית ל-5,000 יחידות דיור ראשונות בעיר החדשה חריש באזור ואדי ערה, האמורה בסופו של דבר לכלול 11,000 יחידות דיור. את התכנית הכינה ועדה סטטוטורית מיוחדת¹³⁵ לתכנון ובנייה של משרד הפנים (להלן - הוועדה המיוחדת). יו"ר הוועדה מסר למשרד מבקר המדינה במאי 2012 כי בעת הכנת התכנית נפגשה הוועדה המיוחדת עם נציגי בנקים כדי לשמוע את תכנוניהם לגבי הקמת סניפים בחריש, ואולם הקצאת השטחים למרפאות קופות החולים נעשתה רק על פי התדריך מ-2005, והקופות אמורות להתחרות על מקומות ושטחים עסקיים בלבד - כמו כל גוף פרטי מסחרי אחר.

יתרה מכך, במאי 2010, במהלך הכנת התכנית, הגישה הכללית לוועדה המיוחדת את התנגדותה להיעדר שטחים מספיקים לבנייני ציבור שניתן יהיה להקים בהם, בין השאר, מרפאות של קופות חולים. לדברי הכללית, "הבעיה היא שהתוכנית מתעלמת מן הצורך בהקמת מוסדות ציבוריים דוגמת מרפאות קופות חולים, שהם חלק בלתי נפרד וחיוני בבניה הציבורית, לצורך מתן שירותים חיוניים לאוכלוסייה בכלל, ולאוכלוסייה חרדית, מרובת ילדים, עוד בכלל. למרבה הצער התוכנית פוטרת את עצמה מכל התייחסות רצינית לנושא חשוב זה".

ואולם בדצמבר 2010 השיבה הוועדה המיוחדת לכללית שהתנגדותה נדחתה. לדברי הוועדה, "תכנית המתאר הינה תכנית כתמים שמגדירה יעודי קרקע. שאלת הגדרת שטח כשטח לקופות חולים, הינה נושא באחריות הזים מול מינהל מקרקעי ישראל". כלומר למרות בקשת הכללית, הוועדה לא הייתה מוכנה אף להידבר עם הקופה לטובת אוכלוסיית היישוב החדש.

נמצא אפוא כי בתכנון הקצאת הקרקעות לצורכי מסחר ולצורכי ציבור בהליכי תכנון תכניות המתאר לערים חדשות או שכונות חדשות יש מקום לתת משקל רב יותר לצרכי מערכת הבריאות. בין היתר יש לתת את הדעת לתמהיל אוכלוסיית המבוטחים של כל קופת חולים ולמאפייניה המיוחדים, כדי שהקופות יוכלו לספק שירותי בריאות מיטביים בזמינות ראויה ובפרסה רחבה.

יו"ר הוועדה המיוחדת לתכנון ובניה של חריש כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי "אנו נזמן את אנשי מערכת הבריאות האמונים ובקיאיים בנושא ונשתף אותם בהליכי התכנון המפורט של השכונות, הרובעים והעיר כולה. הוועדה בראשותי תעשה כל מאמץ לשתף את מערכת הבריאות

¹³⁵ משרד הפנים הקים ועדה לתכנון העיר העתידית, והיא משמשת הן כוועדה מקומית והן כמחוזית. הוועדה עתידה להתפזר לאחר שהעיר תתחיל להתאכלס ותיבחר רשות מקומית.

כולל קופות החולים בתהליך התכנון וקבלת החלטות על הקצאת שטחים ציבוריים או מסחריים בעיר חריש, דבר הנעשה רק בתוכנית מפורטת ולא במתאר".

מינהל התכנון שבמשרד הפנים כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי "תכנית המתאר הן תכניות בסמכות מחוזית ולפיכך נדונות ומאושרות במסגרת הוועדה. בוועדה המחוזית יושב נציג של משרד הבריאות. מעבר לכך, קופות החולים יכולות להגיש התנגדות לכל תכנית המוגשת ואשר לעמדתן לא נותנת מענה מספק לצורך בשירותי בריאות במקום".

יו"ר הוועדה המיוחדת לתכנון ולבנייה בחריש כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי "בוועדה המיוחדת לתכנון ובניה יושבת נציגת שר הבריאות ... נציגי משרד הבריאות עושים בוועדה עבודה מסורה, מקצועית ובנאמנות רבה ותורמים רבות לתכנון".

אלא שבבדיקת משרד מבקר המדינה עלה, כפי שיפורט בהמשך, כי נציגי משרד הבריאות בלשכות הבריאות המחוזיות בוחנים רק נושאים הקשורים לבריאות הסביבה (מים, ביוב ותברואה) בפרויקטי הבינוי המוגשים לוועדות לתכנון ובנייה.

הכנת תדריכים להקצאת קרקעות לצורכי ציבור ללא שיתוף נציגי מערכת הבריאות:

לפי חוק התכנון והבניה, התשכ"ה-1965 (להלן - חוק התכנון והבניה), מערכת התכנון הסטטוטורית של מדינת ישראל היא מערכת היררכית המורכבת מתכניות מתאר ארציות, מחוזיות ומקומיות (להלן - תכניות מתאר), ומהן נגזרות תכניות מפורטות. מינהל התכנון שבמשרד הפנים מרכז את הליכי הכנת תכניות המתאר במוסדות התכנון. תכנון המרחב הציבורי הכרחי כדי להבטיח איכות חיים ראויה ומתן שירותים ציבוריים לכל התושבים; לכן חשוב שהתכנון יביא בחשבון את כל הצרכים הציבוריים, וביניהם גם צורכי הבריאות הנוכחיים והעתידיים של התושבים.

בעקבות החלטת ממשלה משנת 1997¹³⁶ הוקמה ועדה בין-משרדית בהשתתפות נציגי משרד הפנים, משרד החינוך, התרבות והספורט, משרד הבינוי והשיכון, משרד האוצר ומינהל מקרקעי ישראל, וזו גיבשה המלצות לייעול השימוש בקרקעות המיועדות לצורכי ציבור, וכן קבעה כללים להקצאת קרקעות בעתיד למוסדות המיועדים לצורכי ציבור. מסקנות הוועדה פורטו במדריך להקצאת קרקעות לצורכי ציבור, והממשלה החליטה לאמץ ב-2001¹³⁷.

כאמור לעיל, בספטמבר 2005 פרסם המכון למחקר ופיתוח מוסדות חינוך ורווחה תדריך תכנון חדש להקצאת קרקע לצורכי ציבור¹³⁸, ועמדת משרד הפנים, כפי שכתב למשרד מבקר המדינה ביוני 2012, היא שהתדריך הוא הקובע בכל הקשור להקצאת שטחים ציבוריים, ובכלל זה גם לקופות החולים. התדריך מ-2005 נועד לשמש כלי עבודה לכל גופי התכנון הציבוריים העוסקים בהכנתן ובתקצובן של תכניות של מוסדות לצורכי ציבור, ויש בו גם התייחסות למערכת הבריאות: בין השאר הוא קובע את גודל השטחים הנדרשים למרפאות בקהילה ולתחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב) וכן אילו שירותים ציבוריים (כמו גני ילדים) ניתן לשלב באותו מבנה עם מרפאות.

136 החלטת ממשלה מס' 1316 מיום 8.1.1997.

137 החלטת ממשלה מס' 2873 מיום 28.1.2001.

138 ראו הערה 131.

ואולם נמצא כי הן בעבודת הוועדה הבין-משרדית שמסקנותיה אימצו ב-2001 והן בהכנת התהליך להקצאת קרקעות מ-2005 לא שותף משרד הבריאות ולא שותפו נציגי קופות החולים, שאמורות להשתמש בשטחים או במבנים לשם הקמת כל תשתית הבריאות בקהילה; לכן לא ברור כיצד נקבעו על ידי משרד הפנים הצרכים של מערכת הבריאות בקהילה בתדריכים הקובעים את היקף מכסות הקרקע לצורכי ציבור בתכניות מתאר.

משרד הפנים כתב למשרד מבקר המדינה בפברואר 2013 כי "בימים אלו הוחל במינהל התכנון בהליך עדכון התהליך וגיבוש הנחיות עדכניות בנושא הקצאות קרקע לצרכי ציבור וזאת במטרה לתת מענה הולם ועדכני בנושא. בהליך הגיבוש, בהובלת מינהל התכנון, ייבחנו מחדש מגמות וצרכים מגוונים ועדכניים, היקפם הנדרש ומיקומם לרבות מתן מענה למקרים/נסיבות ייחודיות. במסגרת הליך זה, אותו ירכז מינהל התכנון, נעמוד בקשר עם הגורמים הרלוונטיים בנושא ובכלל זה משרד הבריאות".

תכנון קרקע למרפאות ללא התחשבות במאפייני האוכלוסייה:

השירותים הציבוריים - בתחומים חינוך, תרבות, ספורט, בריאות ודת - ניתנים למגוון של מגזרי אוכלוסייה, לקבוצות גילים שונות ולבעלי צרכים מיוחדים וחריגים. על פי התהליך מ-2005, המגמה השלטת בישראל, כבחברה המערבית המפותחת כולה, היא של הרחבת מגוון השירותים, התאמתם לצרכים ייחודיים וחיווק הזיקה והקרבה אל אוכלוסיית מקבלי השירות.

כדי לייעל את השימוש בקרקע לצורכי ציבור ולהבטיח תכנון תכניות מתאר שיאפשרו בסופו של דבר את מתן מגוון השירותים הציבוריים בהתאם לצרכים של האוכלוסייה, חשוב שהתהליך יקבע את הכללים לקביעת גודל השטחים שיש להביא בחשבון לכל אחד מהשירותים הציבוריים, בהתאם למאפייני האוכלוסייה המתגוררת או האמורה להתגורר בסמוך (יהודית כללית, חרדית, ערבית וכו').

למשל, שכונות חדשות מאופיינות לרוב באוכלוסייה צעירה הנמצאת בשיא תקופת הפריור. לעומתן, בשכונות ותיקות בערים מתגוררת לרוב אוכלוסייה מעורבת או מבוגרת. בשכונות חדשות ובשכונות שאוכלוסייתן מוסלמית או יהודית דתית צפוי יותר גידול מאשר בשכונות ותיקות או בשכונות עם אוכלוסייה כללית¹³⁹, עקב ילודה מוגברת.

ואכן, התהליך מ-2005 קובע טווח של מדדים ממוצעים למאפייני האוכלוסייה (גודל משפחה וגודל שנתון) ביישוב חדש או שכונה חדשה וביישוב ותיק או שכונה ותיקה. התהליך גם קובע כי גודל השטחים המוקצים לשירותים שונים ייקבע על פי מאפייני האוכלוסייה. לדוגמה, יש שוני בין הקצאת שטח למרכז תרבות וקהילה לאוכלוסייה כללית (3 דונם) לבין הקצאת שטח לשימוש דומה לאוכלוסייה חרדית (11 דונם). גם למוסדות הדת קבע התהליך מ-2005 כללים שונים לגבי אוכלוסייה יהודית ואוכלוסייה לא יהודית.

ואולם נמצא כי על אף שקיימות קביעות לגבי שירותים ציבוריים אחרים, התהליך קובע לגבי שירותי הבריאות שיש לתכנן את גודל השטחים הנדרשים (במרפאות ובתחנות לבריאות המשפחה) רק על פי גודל האוכלוסייה; לא הובאו בחשבון גיל האוכלוסייה ומאפיינים נוספים שיכולים לחזות למשל את הצפי לגידולה ושמשיעם על היקף השימוש בשירותים רפואיים.

139 לפי השנתון הסטטיסטי לישראל מס' 62, 2011, שיעור הגידול של האוכלוסייה היהודית בשנת 2010 היה 1.7%, לעומת 2.7% באוכלוסייה המוסלמית.



תחת המדיניות הנוכחית של הקצאת שטחים ייעודיים בישובים חדשים ובשכונות חדשות למרפאות בקהילה, נוצרה מציאות שבה קופות החולים מתמודדות במכרזים על קרקעות בינן לבין עצמן וגם מול כל גוף עסקי או פרטי, שמעוניין לרכוש את שטח הקרקע או חלק משטח מסחרי הממוקם במרכז מסחרי. בשל מגבלותיהן התקציביות הקופות עלולות להפסיד בהתמודדות זו. כתוצאה מכך וגם משום שבערים חדשות או בשכונות חדשות הקמת השטחים המסחריים מסתיימת רק שנים לאחר השלמת הבינוי למגורים, נוצר לעתים מצב שבו דווקא אלו הנמנים עם האוכלוסייה החלשה ואין להם רכב פרטי נדרשים לקבל שירותי בריאות במשך שנים במקומות מרוחקים, או במבנים קטנים וצפופים, או ארעיים (כמו מבנים יבילים), שלעיתים אינם מתאימים לייעודם. כך, בביקורת עלה כי בכמה ערים חדשות ושכונות חדשות חלו עיכובים בהקמת מרפאות על פי הצרכים - למשל למכבי - הן בעיר אלעד והן במזרח נתניה, ולכללית - בשכונות מגורים במקומות שונים.

על משרד הפנים, הרשויות המקומיות וקופות החולים למצוא דרך להבטיח הקצאת קרקעות ייעודיות למרפאות קופות החולים, וזאת תוך שמירה על עקרונות השוויון וגביית תמורה הולמת עבור מקרקעי הציבור. כאשר לדעת משרד הבריאות ו/או קופות החולים יש צורך בהקמת מרפאה, והאינטרס הציבורי מחייב זאת, מן הראוי כי הרשויות המקומיות יקיימו מכרז סגור שיוגבל לשימוש של מרפאה הנותנת שירותים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בג"ץ קבע כי במקרים חריגים, ועל פי מדדים ראויים, יש לאפשר לרשויות מקומיות לתת לקופות החולים קרקע לבניית מרפאה. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הפנים להנחות את הרשויות המקומיות בדבר האפשרות שבמקרים חריגים, שבהם יהיה צורך לייעד קרקע לקופת חולים מסוימת (כאשר לדוגמה מרבית התושבים באותה רשות מקומית חברים בקופה אחת), לאשר את הבקשה במועצת הרשות המקומית ולבקש את אישור משרד הפנים להקצאת קרקע לטובת מרפאה של קופה זו.

ליקויים בשלבי התכנון השונים של עיר או שכונה חדשות פוגעים במחויבות הממסדית של המדינה לאספקת שירותי הרפואה בקהילה במסגרת מגוון שירותים ציבוריים, ומקשים על קופות החולים לתת את השירות המיטבי בזמינות הראויה ובפריסה רחבה, כנדרש בחוק.

לדעת משרד מבקר המדינה, על ועדות התכנון והבנייה לשתף את משרד הבריאות ואת קופות החולים בתכנון ובהקצאה של שטחים ציבוריים ומסחריים באופן שיבטיח מצאי קרקעות מספק למרפאות במקום ובפריסה הולמים בעיר חדשה או בשכונה חדשה - כדי להבטיח את מתן השירות החשוב של רפואה בקהילה.

בייחוד לנוכח היעדר השטחים הייעודיים למרפאות בקהילה, על משרד הפנים לשקול לשנות את התהליך לתכנון הקצאת קרקע לצורכי ציבור כך שבהכנת תכנית המתאר לעיר או שכונה חדשה, יוכלו ועדות התכנון והבנייה להתחשב בנתוני האוכלוסייה הצפויה להתישב במקום. למשל, אוכלוסייה בחתך סוציו-אקונומי נמוך, המאופיינת ברמת ילודה גבוהה וברמת ניידות נמוכה, תזדקק ליותר מרפאות מפוזרות, ואילו אוכלוסייה בחתך סוציו-אקונומי גבוה תוכל להסתפק בפחות מרפאות בעיר חדשה.

מיקום מרפאות עצמאיות של רופאים הפועלים עבור קופות החולים

כאמור, לכאורה אין הקצאת קרקעות ייעודיות למרפאות בקהילה וקיימים להתחשבות בצרכים של מערכת הבריאות הקהילתית בעת קביעת תכניות המתאר לבניית ערים חדשות ושכונות חדשות. מצב זה מביא את קופות החולים לשימוש הולך וגובר במרפאות של רופאים עצמאיים שהתקשרו עמן, כדי להבטיח זמינות מרבית ונגישות לכלל האוכלוסייה.

בישראל אלפי אתרים שבהם פועלים עשרות אלפי רופאים עצמאיים¹⁴⁰, שרובם קשורים בהסכמים עם קופות החולים¹⁴¹. רבות מהמרפאות הללו נמצאות בדירות מגורים בבתים משותפים; חלק מהרופאים מקבלים קהל בחדר בדירתם הפרטית, אחרים פועלים במרפאה פרטית, ולעתים כמה רופאים שוכרים יחד דירת מגורים וכולם מקבלים בה חולים. משרד מבקר המדינה בדק סוגיות הקשורות למיקום המרפאות העצמאיות בדירות מגורים בבתים משותפים.

התקשרות קופות החולים עם רופאים עצמאיים ללא בדיקת קיומם של היתרים מהרשות המקומית לשימוש של מרפאות:

על פי חוק התכנון והבניה, לכל בניין נקבע שימוש ייעודי. שימוש זה מוגדר בתב"ע (תכנית בניין ערים). במקרה שיש רצון לסטות מהשימוש הייעודי של הבניין (ובלבד שאין בכך סטייה ניכרת ממנו), יש להגיש בקשה לשימוש חורג בקרקע או בבניין. הפעלת מרפאה בדירה המיועדת על פי תב"ע למגורים בלבד ללא קבלת אישור לשימוש חורג היא הפרה של דיני התכנון והבניה.

משרד מבקר המדינה עשה בדיקה ראשונית בנושא בספטמבר 2011, בעקבות תלונה על בניין משותף שבאחת מדירותיו החלה לפעול מרפאת רופאים עצמאיים ללא אישור מהרשות המקומית, וגרמה למטרדי רעש ולכלוך, להגדלת מצוקת החנייה ולפגיעה באיכות חייהם של דיירי הבניין. מהבדיקה עלה כי הכללית נוהגת לבדוק את כשירות האתרים המיועדים לשמש כמרפאות של רופאים עצמאיים רק בהיבטים של סביבה, תברואה, ציוד וכיוצא בזה. הקופה אינה בודקת קיומם של היתרים להפעלת המרפאה, ובכלל זה היתר של הרשות המקומית לשימוש לייעוד מרפאה, וזאת מאחר שהאחריות לקבלת היתר כאמור מוטלת לדעת הקופה על הרופא או הרופאים העצמאיים המקבלים במרפאה.

קופות החולים כתבו בעניין זה למשרד מבקר המדינה בסוף 2011 כי כולן אמנם בודקות היבטים בפעילות הרפואית של מרפאה הקשורה איתן, אולם אינן בודקות קיומם של היתרים מהרשות המקומית להפעלת המרפאה, לרבות היתרים לשימוש לייעוד זה הנדרשים בעת הפעלת מרפאה בבניין מגורים.

מכבי ולאומית כתבו למשרד מבקר המדינה בנובמבר ואוקטובר 2011 שאינן רואות עצמן כאחראיות לבדיקת האישורים המתאימים מהרשות המקומית להפעלת המרפאות העצמאיות שאיתן התקשרו, אולם הן כוללות בהסכמים הסטנדרטיים שהן חותמות עם הרופאים העצמאיים גם דרישה לקבלת כל האישורים הדרושים למתן השירותים במרפאה. למשל, להסכמים שחותמת מכבי מצורפים נספח עצמאי נרחב ומפורט ומכתב שהרופאים חותמים עליו במעמד החתימה על ההסכם, ולפיו "הרופא מצהיר כי הוא האחראי היחידי בכל הקשור לקבלת כל האישורים ו/או ההיתרים ו/או

140 מכבי - 6,000 רופאים עצמאיים ומטפלים אחרים בהסכם בכ-2,500 אתרים; כללית - יותר מ-1,000 אתרים; מאוחדת - כ-2,400 רופאים עצמאיים בהסכם בכ-1,200 אתרים; לאומית - כ-100 אתרים.

141 חלק מהרופאים העצמאיים מספקים שירותים לקופה אחת בלבד, ואחרים ליותר מאחת ואף לכל הארבע.

הרישיונות... לרבות שימוש חורג". ובהסכמים שחותמת לאומית: "הרופא מצהיר... יהיו בידיו כל האישורים הדרושים... לרבות רישיון עסק ו/או כל האישורים הדרושים".

לעומת זאת, מאוחדת והכללית כתבו למשרד מבקר המדינה בנובמבר ודצמבר 2011 כי הן מתנערות לגמרי מאחריותן לבדיקת קיומם של האישורים הנדרשים על פי החוק להפעלת המרפאות העצמאיות שהן מתקשרות איתן; ואף בהסכמים שהן חתומות עם הרופאים והמרפאות אין דרישה לקיומם של אישורים אלה, ובכללם אישור לשימוש בדירת מגורים לייעוד מרפאה.

משרד הבריאות כתב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי "באופן עקרוני אין בקרה של המשרד על מרפאות פרטיות של רופאים עצמאיים. רופאים עצמאיים עובדים בביתם או בחדרים שכורים ולא זקוקים על פי החוק לשום רישוי למעט רישיון רופא".

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה ביוני 2012 כי לדעתה הטלת האחריות על קופות החולים לבדוק את עמידתן של מרפאות המופעלות על ידי רופאים עצמאיים בהוראת התב"ע המקומית או בדרישות דין אחרות, תהיה בבחינת נטל כלכלי ומשפטי כבד ביותר עליהן - ובעקבות זאת תביא לפגיעה קשה וממשית באיכות השירות הניתן לתושבי המדינה. לדעתה של הכללית, הפיכת הקופה לזרוע הארוכה של הרשות המקומית ביישום הוראת החוק אינו פתרון רצוי. עם זאת, לדעתה יש לחשוב על יצירת תכנית שתבטיח הקצאה נאותה של קרקעות לבניית מרפאות בפרסה ארצית בקרבת מרכזי אוכלוסייה, ובמקביל הוצאה הדרגתית של חלק מהמרפאות מדירות המגורים ויישום פתרונות חלופיים.

מכבי כתבה למשרד מבקר המדינה כי הטלת אחריות כלשהי עליה בהקשר זה עשויה להעמידה שלא לצורך בסיכונים כספיים ואחרים, "שכל כולם צריכים לבוא לפתחם של גורמים פרטיים עצמאיים ולא על מכבי כגוף ציבורי המתקצב על ידי המדינה".

יצוין כי המשך הפעלתן של מרפאות בדירות מגורים ובפרט בבתים משותפים ללא קבלת אישורים מתאימים ובניגוד לחוק, עלול לגרום לבעיות: עומס ניכר במעליות, במקומות החנייה¹⁴² ובפחי האשפה; בלאי מהיר יותר של הרכוש המשותף בבניין; אחסון חומרים מסוכנים ושימוש בהם בבניין משותף; כניסה של אוכלוסיות לא רצויות מבחינת יתר דיירי אותו הבית (ביטחונם האישי של דיירים שהתקינו מערכת אינטרקום עלול להיפגע אם כל אדם יוכל להיכנס לבניין בתואנה שהוא לקוח של המרפאה). בפסק דין¹⁴³ נקבע "השימוש החורג עשוי, לעתים קרובות, לבוא על חשבונם של השכנים, אשר עשויים להיפגע כתוצאה משינוי הייעוד שנכפה עליהם. השימוש החורג יוצר מטרדים אשר לא היו קיימים במקום, כל עוד השימוש בקרקע היה כפי שנקבע בתכנית". כמו כן, בדירת מגורים שלא הוכרה רשמית כמרפאה לא חלה חובה להסדיר את הנגישות לאנשים עם מוגבלות¹⁴⁴. בעיה נוספת היא הטלת עומס על הוועדות המחוזיות ובתי המשפט בעקבות סכסוכים שמתעוררים סביב הפעלת מרפאות באתרים כאלו.

142 ראו גם בערעור מעצר מנהלי 1490/05 ד"ר וותד נשאת נ' ועדת הערר המחוזית לתכנון ובניה - מחוז מרכז, (לא פורסם, 21.6.2009).

143 ער (חיפה) 110/09, פרץ בוני הנגב נכסים בע"מ נ' ועדה מקומית לתכנון ובניה מגדל העמק, (לא פורסם, 13.10.2009).

144 שלא כמו מרפאות שנמצאות בבניין ציבורי בהתאם לחוק התכנון והבניה - התשכ"ה, 1965, פרק ה'.

האגודה לתרבות הדיור כתבה בתגובתה מנובמבר 2012 כי היא ערה לכך שפעילות מרפאות רופאים ובעלי מקצוע אחרים בדירות המיועדות למגורים בלבד גורמת לבעיה חמורה ולפגיעה חמורה באיכות החיים של דיירי הבית המשותף.

משרד הפנים כתב למשרד מבקר המדינה ביוני 2012 כי תפקיד אכיפת דיני התכנון והבנייה מסור, ככלל, לוועדות המקומיות. לדוגמה, סעיף 204ב' לחוק התכנון והבנייה קובע כי המבצע עבודה או משתמש במקרקעין בסטייה מהיתר או מתכנית, דינו מאסר שנה אחת וכן קנס לכל יום שבו נמשכת העברה, וזאת לאחר שנמסרה לנאשם הודעה בכתב מהוועדה המקומית על אותה עברה או לאחר הרשעתו.

פסיקת בית משפט השלום בתל אביב¹⁴⁵ קובעת כי אין אחריות על קופות החולים לבדוק על ידי מהנדסים מומחים מטעמן כל מבנה של מרפאה עצמאית שפועלים בה רופאים שהקופות התקשרו עמם בהסכמים.

לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי כי כגוף ציבורי ידרשו, כתנאי להתקשרות חדשה עם רופא עצמאי הפועל במרפאה פרטית, את כל האישורים הנדרשים - כשם שכל גוף ציבורי או פרטי המתקשר עם ספק, מעמיד כתנאי להתקשרות הצגת אישורים, או לכל הפחות הצהרה על קיומם כפי שמכבי ולאומית אכן נוהגות; למשל אישור עסק מהעירייה, אישור ניהול תקין מרשם העמותות, אישור ניהול ספרים, אישור על ערבויות כספיות וכיו"ב, ובכלל זה גם אישור לשימוש חורג במידת הצורך בכך.

הכללית השיבה ביוני 2012 כי בעקבות הערת משרד מבקר המדינה הוחלט לכלול במסגרת ההסכמים עם רופאים עצמאיים דרישה להצהרה של הרופא שהוא האחראי הבלעדי לקבלת כל האישורים הדרושים להפעלת המרפאה - כשם שנוהגות מכבי ולאומית.

מאוחדת ציינה בתגובתה מאוקטובר 2012 כי בעקבות הערת משרד מבקר המדינה הוסיפה סעיף בהסכמים עם הרופאים העצמאיים, ולפיו הרופאים מצהירים שיש בידיהם כל ההיתרים והרישיונות הדרושים להפעלת מרפאה.

מכבי ביקשה לציין בתשובתה מאוקטובר 2012: "כפי שברור שמכבי אינה אחראית כלל להיתרים ולשימושים שנעשים בבתי חולים ממשלתיים ואחרים המספקים שרות לחברי קופות חולים, כך יש לנהוג ביחס לנותני השרות הרפואי כגון מרפאות רופאים עצמאיים". מכבי הוסיפה וכתבה בינואר 2013 כי: "מדובר בעניין כה מהותי שיכול להשפיע על פריסת השירותים של קופות החולים ... רופא אשר יידרש לבנות או לשכור מרפאה חדשה בעבורו, לרבות על הציוד וההתאמות הנדרשות במבנה החדש, עלול לבחור להפסיק התקשרותו עם קופת חולים, ואז הנפגעים העיקריים יהיו מטופליו של הרופא. המשמעותיות הכספיות של כלל המעורבים עקב האמור ... הינן אדירות".

לאומית ציינה בתשובתה מנובמבר 2012 כי לדעתה "הקופה אינה יכולה להוות גורם מפקח לגבי קיומם של האישורים השונים להפעלת המרפאה, ויש להסתפק בהצהרתו של הרופא ... יש לציין עם זאת כי, ככלל, מרפאות עצמאיות של רופאי נפש רשומה הפועלים רק עם הקופה נדרשות לעמוד בכל התנאים המחייבים לשימוש כמרפאה, ובימים אלה מושם דגש על כך בכל ההתקשרויות החדשות של הקופה".

145 בית משפט השלום בת"א, 205521-02 צביאל נ' ברץ ואח', נובמבר 2009.

היבטי כיבוי אש :

לפי הוראת נציב כבאות והצלה ומפקח כבאות ראשי¹⁴⁶, למרפאות¹⁴⁷ סיכונים ייחודיים בנושא בטיחות אש, בין השאר בגלל מוגבלות האנשים המבקרים בהן. לכן ההוראה קובעת דרישות מיוחדות לסידורי בטיחות אש במרפאות שגודלן 80 מ"ר ומעלה.

היבטי מניעת זיהומים :

בתכנונם והפעלתם של חדרי רופא ראוי שיובאו בחשבון צעדים למניעת זיהומים. למשל, מכבי קבעה בהנחיות תכנון למרפאות רופאים¹⁴⁸ כי בחדר רופא משפחה, רופא פנימי או רפואה ראשונית יש צורך באוויר ומיזוג וכן בכיור עם אספקה שוטפת של מים קרים וחמים ומתקן לסכון נוזלי. כיור לשטיפת ידיים חיוני לרופא המטפל כדי למנוע העברת זיהומים מחולה לחולה. אם אין כיור זמין הוא עלול לוותר על השטיפה.

המשך פעולתם של רופאים ומרפאות תוך שימוש חורג בדירות מגורים, שבין השאר גם אין בודקים את עמידתן בדרישות בטיחות האש המיוחדות למרפאות ואת הפעולות למניעת זיהומים בהן, עלול לסכן את רופאיהן ומבקריהן של אותן מרפאות, כמו גם את הדיירים השכנים.

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה ביוני 2012 כי אין מחלוקת על כך שהקמת מרפאה בדירת מגורים שהוסבה לכך יכולה לגרום לאי-נוחות של הדיירים בבניין, ועם זאת יש להבחין בין דרגות החומרה של אי-הנוחות, לדוגמה בין מרפאת שיניים ובין מרפאה של רופא משפחה.

האגודה לתרבות הדיור ציינה בתגובתה מנובמבר 2012 כי לדעתה אין טעם להבחין בין סוגי הרופאים והמרפאות, שכן לכולם לקוחות העוברים ושבים דרך הרכוש המשותף (לובי, חדר מדרגות וכו') וגורמים לנזקים ולמטרדים זהים. עוד ציינה כי לדעתה ראוי להוציא את בעלי העסקים, לרבות רופאים, מתוך הבתים המשותפים, כדי לשפר את איכות החיים של הדיירים.



יוצא אפוא שבישראל עשרות אלפי אתרים שבהם פועלים רופאים, מרפאות ומטפלים, חלקם בדירות מגורים בבתי משותפים, בלי שעברו הליכי אישור בכל הקשור למקום הפעלת המרפאה, ובלי לקבל אישור לשימוש ליעוד מרפאה במקרים שיש צורך בכך. הרשויות המקומיות פועלות כנגד מרפאות שפועלות בדירות מגורים רק אם מגיעה תלונה; משרד הבריאות לא בודק אם מדובר במרפאה שאינה חייבת ברישום; וקופות החולים אינן בודקות קיומו של אישור להפעלת המרפאה מהרשות המקומית.

146 הוראות נציב כבאות והצלה ומפקח כבאות ראשי, "סידורי בטיחות אש ומניעת דליקות במרפאות", פרק 500, הוראה 508, דצמבר 1993, עדכון אחרון דצמבר 2001.

147 מרפאות כמשמעותן בפקודת בריאות העם, 1940: "מקום שאיננו בית חולים הטעון רישום לפי פקודה זו, או חלק ממנו והמיועד להגשת שירותי רפואה, רפואת שיניים וסיעוד, לרבות טיפול יום וטיפול לילה, להשגחה למטרות אלה על חולים, ועל נשים בזיקה להריון, ושיקום".

148 "הנחיות תכנון מרפאות רופאים", מכבי שירותי בריאות, אגף נכסים, בינוי ולוגיסטיקה; חטיבת הבריאות - מחלקת סגל רופאים, יוני 2007.

לדעת משרד מבקר המדינה, על מפעילי המרפאות, קופות החולים, משרד הבריאות והרשויות המקומיות לתת את הדעת לנושא זה ולפעול לכך שכל המרפאות העצמאיות יפעלו באחריות כאשר קיימים לגביהם כל האישורים הנדרשים, וביניהם גם אישור לשימוש חורג כאשר יש צורך בכך. על משרד הבריאות וקופות החולים, בשיתוף משרד הפנים והרשויות המקומיות, לפעול על פי לוח זמנים להסדרת פעילותן במסגרת החוק של כל מרפאות הרופאים העצמאיים שכבר פועלות במדינה. לנוכח ריבוי האתרים ניתן לפעול בהדרגה. מן הראוי שבהתאם לתשובת הכללית יחלו כל הגופים האלו בתהליך הדרגתי של הוצאת חלק מהמרפאות הלא מורשות מדירות מגורים בבתים משותפים תוך כמה שנים - כל זה במקביל למציאת פתרונות אחרים למיקום מרפאות רופאים, כדוגמת הקצאת שטחים מיוחדים לכך, מעבר לבתי רופאים מיוחדים או שניהם.

על קופות החולים לוודא לפני החתימה על כל חוזה התקשרות עם רופא עצמאי חדש, וכתנאי להתקשרות, את קיומם של כל האישורים הנדרשים.

כמו כן על קופות החולים לוודא שכל האתרים שבהם עובדים רופאים שאיתם הן התקשרו יעמדו לכל הפחות בדרישות מזעריות בנושאי בטיחות אש ומניעת זיהומים.

משרד הבריאות - ליקויים בפעילות המאסדר בתהליכי בינוי ופיתוח

משרד הבריאות נושא באחריות הממלכתית להבטחת הבריאות לתושבי המדינה. המשרד קובע את המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה ומופקד על תכנון, פיקוח ובקרה ורישוי ותיאום השירותים של כלל מערכת הבריאות - בתי חולים מסוגים שונים (ממשלתיים, ציבוריים, פרטיים ושל הכללית), קופות החולים ומד"א.

תהליכי פיתוח הם מטבעם מורכבים וממושכים, וכוללים התקשרויות בהיקף כספי משמעותי עם מספר לא מבוטל של מתכננים ומבצעים. משרד מבקר המדינה בדק נושאים הקשורים להליכי מינהל אגב תהליכי פיתוח, וביניהם גם את פעילותה של ועדת הפרויקטים של משרד הבריאות ונושאים הקשורים להתקשרויות של המשרד לביצוע ותכנון של תהליכי פיתוח.

ועדת הפרויקטים של משרד הבריאות

ועדת הפרויקטים היא ועדה בין-משרדית המייעצת למנכ"ל משרד הבריאות בתחומי הבינוי והתשתיות, וחברים בה נציגי מחלקות שונות במשרד הבריאות ונציגי אגף התקציבים של משרד האוצר. בראש הוועדה עומד הסמנכ"ל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות. הוועדה בודקת בקשות להקים מחלקות או מוסדות רפואיים וממליצה למנכ"ל אם לאשרן¹⁴⁹. המלצת הוועדה ניתנת רק לאחר שבדקה בשלב הראשון אם יש צורך בפרויקט, ובשלב השני אם המציעים עומדים בדרישות הבינוי של משרד הבריאות, אם הסביבה מתאימה, אם ישנו רישוי מתאים, לרבות ייעוד מתאים מטעם הרשות המקומית, ועוד.

לוועדה אין מעמד סטטוטורי, אולם הצורך באישורה מופיע כדרישה בהליכים שונים. למשל, ב"מבחנים לתמיכה" בפרויקטים חדשים של בינוי ופיתוח תשתיות שפרסם משרד הבריאות, הוא

149 האישור נדרש על פי סעיף 24 (א) בפקודת בריאות העם, 1940. על כך להלן.

קבע כדרישה כי פרויקט הבינוי יאושר על ידי ועדת הפרויקטים של המשרד; גם נהלים לבינוי בתי חולים גריאטריים קבעו זאת במסגרת תהליך הבקשה לבניית מחלקה או בית חולים: "התוכניות בצירוף המלצת לשכת הבריאות, לאחר בדיקתה, וכן אישור המהנדס המחוזי לבריאות הסביבה, יועברו לוועדת הפרויקטים של משרד הבריאות. החלטת הוועדה תועבר ליזם על ידי לשכת הבריאות...". משרד מבקר המדינה בדק סוגיות בפעילות ועדת הפרויקטים.

בינוי במערכת הבריאות ללא בחינה ואישור של ועדת הפרויקטים ושל גופים נוספים:

כדי להבטיח הקצאת משאבים מועילה ושוויונית לפרויקטים של בינוי במערכת הבריאות ולמנוע כפל תשתיות במערכת¹⁵⁰, חשוב שהמאסדר ישמש כיד מכוונת. חשוב גם שימצא דרך לפקח על פרויקטים שהפעלתם אינה מצריכה הליכי רישוי כלשהם על פי חוקים, תקנות או נהלים.

על פי כתבי המינוי של חברי ועדת הפרויקטים, "הוועדה תדון בכל הפרויקטים הנוגעים למערכת הבריאות בישראל - ציבוריים ופרטיים באחת". ואולם מעיון בפרוטוקולים של הוועדה מהשנים 2008-2011 עולה כי דנה רק בכל הפרויקטים שבהם הוגשה בקשה לתוספת מיטות אשפוז ושאינם בתי חולים ממשלתיים. להלן הפירוט:

1. תוספת מיטות אשפוז ללא בחינה ואישור של ועדת הפרויקטים: פקודת בריאות העם, 1940, קבעה כי "לא יקים אדם בית חולים אלא אם כן קיבל אישור לכך, מראש, מאת המנהל; לעניין זה, 'הקמה' - לרבות בניה, הרחבה, תוספת יחידה מקצועית או מיטות, שנינו ייעוד של יחידה מקצועית או של מיטות".

תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, קבעו אמות מידה שיש להביא בחשבון לעניין מתן אישור הקמה - התועלת לבריאות הציבור מהוספת המיטות או השירותים הרפואיים; שיעור המיטות לנפש באוכלוסייה ומספר המיטות וצורכי האוכלוסייה באזורי הארץ השונים; פריסת מיטות האשפוז ונגישות הציבור אליהן; הוצאות ההפעלה השוטפות והשלכתן על כלל ההוצאה הציבורית על בריאות.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי שוועדת הפרויקטים, כגוף שאמור לדון בכל הפרויקטים הנוגעים למערכת הבריאות בישראל, תרכז את כל הידע שצריך להביא בחשבון בשיקולים לאישור תוספת מיטות אשפוז ותיתן את המלצותיה בהתאם למנכ"ל המשרד.

חלק מקופות החולים העלו בפני נציגי משרד מבקר המדינה את סוגיית עלייתו של מספר ימי האשפוז בגלל תוספות בנייה בבתי החולים שלא לוו בסגירת מחלקות הפועלות במבנים ישנים. התנהלות זו גורמת לתוספת מיטות מעבר לאישור משרד הבריאות, ובסופו של דבר הקופות נאלצות לשלם על יותר ימי אשפוז.

נמצא כי על אף הגדרת כתבי המינוי הרחבה של חברי הוועדה, פעלה הוועדה בגישה מצמצמת ולא עשתה את עבודתה כראוי, ולא דנה בפרויקטי בינוי של בתי החולים הממשלתיים. כל הפרויקטים בבתי החולים הממשלתיים מתוכננים ומתבצעים ללא דיון ובלי שאף התקבלה חוות דעת של ועדת הפרויקטים על הצורך בהם.

150 בכלכלת בריאות קיימת התפיסה שההיצע יוצר את הביקוש. לכן כפל תשתיות הוא מיותר, ויגרום לעלייה בהוצאה הלאומית על בריאות ללא תוספת בריאות לאוכלוסייה.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "ועדת פרויקטים אינה תחליף לדיוני הנהלת המשרד אלא רק משמשת צינור נוסף לבדיקת בקשות בעיקר למוסדות גריאטריים".

משרד מבקר המדינה מעיר כי בידי הנהלת משרד הבריאות אין כאמור את כל המידע על אודות כלל הפרויקטים בתחום הבינוי והתשתיות במערכת הבריאות, ולכן אין למשרד ראייה לאומית רחבה בנושא זה, כפי שראוי שתהיה לו לאור תפקידו כמאסדר (רגולטור). משרד מבקר המדינה מעיר כי גם תגובת משרד הבריאות בנוגע לתפקידי ועדת הפרויקטים לוקה בגישה מצמצמת, ונוגדת את כתבי המינוי של חברי הוועדה. על המשרד לבחון את תפקידי הוועדה ולתקן את כתבי המינוי אם יש צורך בכך.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "עמדת האגף היא כי בוועדת הפרויקטים צריך להיכלל גם חשב משרד הבריאות, אשר לו ראייה רוחבית בהיבט התקציבי והתזרימי על בתי החולים בכלל ועל תאגידי הבריאות בפרט". לדעת האגף על ועדת הפרויקטים לדון גם בפרויקטים בבתי חולים ממשלתיים.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות לשקול בחיוב את הצעת אגף החשב הכללי במשרד האוצר לכלול בוועדת הפרויקטים גם את חשב משרד הבריאות.

2. בינוי מרפאות בקהילה על ידי קופות החולים ללא בחינה ואישור של ועדת הפרויקטים: בעבר התרכזו קופות החולים ברפואה הראשונית, ואילו בתי החולים ריכזו תחומים שבהם נדירים המומחים, שהטכנולוגיות הנדרשות להם יקרות או שקיים בהם צורך באשפוז. כאמור, קיימת מגמה עולמית להעביר מבתי החולים לקהילה פעולות רפואיות שונות שחלקן כבר אינן מצריכות אשפוז בתקופתנו.

גם בתחום אישור המרפאות בקהילה ראוי שוועדת הפרויקטים, האמורה לדון בכל הפרויקטים הנוגעים למערכת הבריאות בישראל, תרכז את הידע הנדרש ותמליץ בהתאם למנכ"ל המשרד.

נמצא כי גם בהקשר זה, בניגוד לתפקידה על פי כתבי המינוי של חבריה, פעלה ועדת הפרויקטים בגישה המצמצמת ולא דנה כלל בפרויקטי בינוי של קופות החולים בקהילה, המוגשים מדי שנה במסגרת תקציבי הפיתוח של הקופות. יוצא שההמלצות שמגישה הוועדה לאישורו של מנכ"ל המשרד אינן כוללות פרויקטים אמבולטוריים¹⁵¹ של קופות החולים בקהילה, כגון מרפאות ומרפאות מומחים. עוד נמצא כי גם האגף לפיקוח על קופות החולים שבמשרד הבריאות, שאליו מוגשים תקציבי הפיתוח של הקופות, אינו בוחן את נחיצות הפרויקטים שלהן.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי "העדר כוח אדם בעבר לא אפשר פיקוח על כל פרויקט המופיע בתקציב הפיתוח... במסגרת ישיבות עבודה בין האגף לפיקוח על קופות החולים ושרותי בריאות נוספים וועדת הפרויקטים במשרד הנערכות כבר כיום לקראת תקציבי הפיתוח לשנת 2013 ייבחנו כלל הפרויקטים בתקציבי הפיתוח של הקופות, לרבות נחיצותם".

151 הפרויקטים האמבולטוריים של קופות החולים אינם חייבים בהליכי רישום, אלא אם כן הם מחויבים על פי התקנות הנ"ל.

אי-מניעה של כפל תשתיות אזורי בין בתי החולים לקהילה בסיוע לשכות הבריאות המחוזיות:

לנוכח המגמה העולמית להעביר פעולות רפואיות מבתי החולים לקהילה אף עולה חשיבות פעולתו של המאסדר למניעת כפל תשתיות בין השירות הרפואי בקהילה לבין זה שבבתי החולים.

משרד הבריאות מפעיל לשכות בריאות מחוזיות ונפתיות שמוציאות מהכוח אל הפועל את מדיניותו. נציגי הלשכות - המהנדסים המחוזיים - חברים בוועדות המחוזיות לתכנון ובנייה, וכן פועלים במעמד משקיפים בוועדות המקומיות לתכנון ובנייה.

נמצא כי לשכות הבריאות המחוזיות אינן עוסקות כלל בבחינת נחיצותם של פרויקטים המוגשים לאישור הוועדות השונות לתכנון ובנייה בתחום המוניציפלי של פעילותן, ובכך המאסדר אינו מנצל אפשרות למניעת כפל תשתיות ואינו בוחן ברמה האזורית את הצרכים של מערכת הבריאות בנושאי בינוי ותשתיות. נציגי משרד הבריאות, עובדי לשכות הבריאות המחוזיות, בוחנים רק נושאים הקשורים לבריאות הסביבה (מים, ביוב ותברואה) בפרויקטי הבינוי המוגשים לוועדות לתכנון ובנייה.

למשל, המרכז הרפואי ברזילי באשקלון מסר כי הכללית עומדת להקים בקרבתו מרפאת מומחים גדולה שבה יעבדו בעיקר רופאי המרכז הרפואי. גם המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה מסר כי במרפאות שמקימות קופות החולים בעיר - למשל מרפאת גסטרו שהקימה הכללית - מתבצעות פעולות שכבר קיימות בבית החולים. כמו כן הכללית הקימה בסמוך לרמב"ם שבחיפה מרכז רפואי גדול שנותן בין השאר שירות של ניתוחים אמבולטוריים.

נמצא כי צורכי מערכת הבריאות לא נבחנו ברמה המערכתית-לאומית, ולנוכח המגמה של העברת הליכים רפואיים לרפואה הקהילתית, מתפתח חשש לכפל תשתיות. מצב כזה עלול לגרום נזקים לבתי החולים הממשלתיים, למשל בהסטת חולים מהמערכת הציבורית, באי-ניצול ציוד יקר ותשתיות ובעיקר בעזיבה של כוח אדם רפואי וסיעודי איכותי, שיש מחסור בו במערכת הבריאות.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012: "משרד הבריאות, בייחוד כבעלים של בתי חולים, מנוע מלהתערב בהסדרי הבחירה של הקופה ובהחלטות הניהוליות שלה - האם לייצר את השירות בקהילה או לרכוש אותו בבתי החולים". עוד מסר שהתערבותו עלולה לפגוע בתחרות בין הקופות ולהוביל לחוסר יעילות, לעליית מחירים, לפגיעה בשירות למבוטחים ולפגיעה בתקציבי קופות החולים, שגם כך נמצאות בגירעון עמוק.

מבקר המדינה מסכים שכל עוד משרד הבריאות משמש ככובעו האחד כמאסדר וככובע נוסף כבעלים של בתי חולים, נפגעת יכולתו לאזן בין הרצון למנוע כפל תשתיות ובין שמירת התחרות.

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי לכפל בתשתיות אחראים בתי החולים ברזילי באשקלון והלל יפה בחדרה, "אשר מעדיפים להקים עוד ועוד מרפאות חוץ ומכונים במקום להוסיף מחלקות ומיטות אשפוז שכה חסרות".

יצוין כי אחד מהמטרות המרכזיות¹⁵² שהוגדרו בתכנית העבודה של משרד הבריאות לשנת 2012 הוא "התאמת תשתיות שירותי הרפואה למגמות והתפתחויות עתידיות". על פי תכנית העבודה, אחת הבעיות המרכזיות היא היעדר תכניות מספקות להיערכות מתאימה של המערכת מול מגמות

עתידיות כמו הזדקנות האוכלוסייה, עלייה בתוחלת החיים, גידול במחלות כרוניות והסטה של פעילות לקהילה. לצורך הגשמת "עמוד האש" הזה הקים המשרד גוף תכנון מדיניות לאומי שתפקידו להוביל חשיבה אסטרטגית ותכנון ארוך טווח, בשיתוף פעולה עם המטות המקצועיים במשרד.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013: "לאור ניגוד העניינים המובנה בתוכו פועל משרד הבריאות, כמאסדר של מערכת הבריאות וכבעלים של בתי חולים, כשל אליו התייחסו כל הוועדות הממלכתיות שעסקו במערכת הבריאות ואף המבקר בדוחות קודמים, יש לנקוט משנה זהירות בהפקדת משרד הבריאות על ביצוע המשימה של 'מניעת כפל תשתיות'".

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות וגוף תכנון המדיניות הלאומי לפעול למניעת כפל תשתיות על ידי ניווט נכון של הפיתוח במערכת הבריאות. עליהם לעשות זאת מתוך הסתכלות מערכתית-לאומית, בין אם על ידי ועדת הפרויקטים ובין אם על ידי גורמים נוספים שבאחריות המשרד, כגון נציגי לשכות הבריאות המחוזיות בוועדות התכנון והבנייה, שיכולים לשמש כ"זרוע הארוכה" של המשרד בוועדות אלו.

היעדרות ראש מינהל משיבות ועדת הפרויקטים:

מנכ"ל משרד הבריאות הוא הממנה את חברי ועדת הפרויקטים. הרכב החברים בה נועד לקבלת המלצות מושכלות ככל האפשר, ואשר מביאות בחשבון את דעתן של היחידות השונות במשרד שיש להן קשר להקמת יחידות או מחלקות חדשות במערכת הבריאות.

במשרד פועל מינהל טכנולוגיות רפואיות ותשתיות, שבין ייעודיו "ייזום מדיניות לאומית בתחום הטכנולוגיות הרפואיות ותשתיות - ופעילות למימושה", ופעילות "לקידום שימוש מושכל ושוויוני בטכנולוגיות רפואיות". המינהל עוסק בין השאר באישור פתיחת מחלקות חדשות ובהסבת ייעודן של מיטות במחלקות קיימות. הוא פועל בין השאר באמצעות האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, שלפי פרסומיו שותף בקביעת מדיניות הפיקוח והבקרה במוסדות ושירותי בריאות לפני מתן אישור הפעלה, רישיון חדש או רישיון קיים.

מנכ"ל משרד הבריאות מינה בינואר 2007 את ראש המינהל כחברה בוועדת הפרויקטים. מובנת חשיבות השתתפותה של ראש המינהל, שיייעודו בין השאר הוא ייזום מדיניות בתחום התשתיות.

ואולם בבדיקת משרד מבקר המדינה נמצא כי ראש המינהל טכנולוגיות רפואיות ותשתיות במשרד לא השתתפה בשיבות ועדת הפרויקטים מאז מינויה.

ראש המינהל מסרה באפריל 2012 לנציגי משרד מבקר המדינה שמנהל האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, ששייך למינהל שהיא האחראית עליו וגם הוא חבר בוועדה, משתתף בשיבות הוועדה, ולכן איננה רואה צורך להשתתף בהן.

לדעת משרד מבקר המדינה, מכיוון שמנכ"ל משרד הבריאות מינה את כל חברי ועדת הפרויקטים וגם את ראש המינהל, היה עליה להשתתף בשיבות הוועדה.

מנכ"ל משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי "ראש המינהל בדיעתי ובאישורי, רואה במנהל האגף [לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים] ממלא מקומה ובא כוחה בוועדת הפרויקטים באופן מלא, ועל כן לא נדרשה השתתפותה כלל בדיוני ועדת הפרויקטים".

לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי להורות לראש המינהל להתחיל להגיע לשיבות הוועדה בגלל חשיבותה הלאומית של הוועדה. לחלופין, אם מנכ"ל המשרד סבור שמספיקה השתתפותו של מנהל האגף כנציג המינהל בשיבות הוועדה, עליו לקבוע באופן רישמי כי מינויה בטל.

התקשרויות של משרד הבריאות לתכנון וביצוע של פרויקטי בינוי במרכזים רפואיים ממשלתיים

המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה שבמשרד הבריאות פועל הן כגוף מטה של המאסדר - משרד הבריאות - לקביעת תקנים, פרוגרמות, הנחיות תכנון ונוהלי תפעול ותחזוקה, והן כגוף ביצוע (כבעלים של בתי חולים) המופקד על יישום תכניות בנייה ותשתיות. בתפקידו היישומי המינהל אחראי לפרסום מכרזים לביצוע ותכנון של פרויקטים של בינוי והקמת תשתיות, בין היתר עבור בתי החולים הממשלתיים. משרד מבקר המדינה בדק סוגיות בניהול המכרזים שמפרסם המינהל לבחירת מתכננים ומבצעים.

חוק חובת המכרזים, התשנ"ב - 1992, קובע כי התקשרויות של המדינה, תאגידים ממשלתיים קופות חולים ועוד לביצוע עסקאות בטובין, לביצוע עבודה או לרכישת שירותים ייעשו באמצעות מכרז פומבי הנותן לכל אחד הזדמנות שווה להשתתף בו.

ביסודו של המכרז הציבורי עומדים שני עקרונות: הראשון עניינו השמירה על השוויון וטוהר המידות על ידי מתן הזדמנות שווה לכל המציעים, בלא משוא פנים ובלא שרירות. השני הוא השאיפה לנהוג ביעילות ולחסוך בכספי ציבור על ידי השגת מרב היתרונות למזמין באמצעות מנגנון המכרז.¹⁵³

תקנות חובת המכרזים, התשנ"ג-1993 (להלן - התקנות או תקנות חובת המכרזים), קובעות כחריג לכלל חובת המכרז, כי התקשרויות מסוימות, שנקבעו בתקנות, יהיו פטורות מחובה זו. כך התקשרויות משרד ממשלתי (או יחידת סמך) לביצוע עבודה או לרכישת שירותים אינה טעונה מכרז אם היא נועדה לביצוע עבודה מקצועית הדורשת ידע ומומחיות מיוחדים, בין היתר במקצועות התכנון, האדריכלות וההנדסה¹⁵⁴, והיקפה אינו גדול מ-3 מיליון ש"ח¹⁵⁵.

התקשרות שהיקפה עד 1.5 מיליון ש"ח תיעשה בדרך של בחירה ממאגר מתכננים. המינהל לתכנון אכן מנהל מאגר מתכננים, ובוחר ממנו על פי הכללים את המתכננים השונים¹⁵⁶.

153 ע"מ 6823/10 מתן שירותי בריאות בע"מ נ' משרד הבריאות ואח', (תקדין), 2011.

154 סעיף 5 לתקנות.

155 סעיף 5א לתקנות קובע כי על אף הפטור ממכרז האמור בתקנה 5, התקשרות עם מתכנן לביצוע עבודה מקצועית הדורשת ידע ומומחיות מיוחדים בענף התכנון תיעשה באופן זה: 1. אם היקפה עד 1.5 מיליון ש"ח - בדרך של בחירה ממאגר מתכננים על פי אמות מידה כאמור בתקנה 22, למעט לפי תקנת משנה 22(א)(1); 2. אם היקפה מ-1.5 מיליון ש"ח ועד 3 מיליון ש"ח או שהיא התקשרות לביצוע פרויקט בלתי-מוגדר - בדרך של פנייה תחרותית לקבלת הצעות; 3. התקשרות שהיקפה 3 מיליון ש"ח ומעלה - במכרז פומבי.

156 המינהל מסר למשרד מבקר המדינה כי באוקטובר 2012 היו רשומים במאגר כ-700 מתכננים.

התקשרות שהיקפה 1.5 מיליון ש"ח עד 3 מיליון ש"ח תיעשה בדרך של פנייה תחרותית לקבלת הצעות ממתכננים ברשימת מתכננים. על פי התקנה¹⁵⁷, "מתכנן" הוא בעל מקצוע בענף התכנון שהוא אחד מאלה: אדריכל, מהנדס, מתכנן, יועץ, מנהל פרויקט, מפקח, שמאי מקרקעין ומודד.

בגלל החשיבות של שמירה על כספי ציבור, שמירה על טוהר המידות ומניעת התקשרות מתוך משוא פנים, נקבעו כללים גם להתקשרויות שעל פי התקנות ניתן לבצען שלא באמצעות מכרז.

על פי סעיף 5(ה) לתקנות חובת המכרזים, התקשרות עם מתכנן המבוצעת שלא באמצעות מכרז תיעשה לאחר בדיקת כמה הצעות הבאות בחשבון; הפנייה למתכננים לקבלת הצעות תיעשה ככל הניתן בסבב מחזורי, באופן הוגן ובדרך המעניקה את מרב היתרונות למשרד. גם הוראות החשב הכללי להתקשרות עם בעל מקצוע מומחה¹⁵⁸ קבעו כי התקשרות עד להיקף של 1.5 מיליון ש"ח תיעשה בדרך של בחירה ממאגר המתכננים - "בסבב מחזורי, ככל שניתן, באופן הוגן והמעניק את מירב היתרונות למשרד".

משרד מבקר המדינה בדק את העמידה בדרישה לקיים ככל הניתן סבב מחזורי בבחירת מתכננים בפרויקטים בבתי החולים הממשלתיים שמבצע המינהל לתכנון. להלן הממצאים:

פרויקט בינוי במרכז הרפואי אסף הרופא - התקשרויות שלא על פי סבב מחזורי:

בשנת 2012 התקשר המינהל לתכנון עם כמה מתכננים לשם שיפוץ המבנה המשמש את מערך המזון במרכז הרפואי הממשלתי אסף הרופא בצריפין. לביצוע השיפוץ נדרש בין השאר תכנון בנושאי הנדסת חשמל, הנדסת מיוזג אוויר, תברואה וקונסטרוקציה. מסגרת שכר הטרחה הראשונית שנקבעה לכל אחת מן ההתקשרויות בסכומים שחוסים תחת הפטור ממכרז הייתה מאות אלפי שקלים בלבד, ולכן הן היו פטורות מחובת המכרז ונעשו בדרך של בחירה ממאגר מתכננים.

בבדיקת הפרוטוקולים של ישיבות ועדת המכרזים המשרדית שהתקיימו במרץ 2012 כדי לאשר את ההמלצות לבחירת מתכננים לשיפוץ המתוכנן, נמצא כי בכל תחום נבחנו בנפרד שלוש חברות שלפי הפרוטוקולים כולן בעלות ניסיון ויכולת המתאימים לפרויקט. אולם החברה הזוכה בכל תחום נבחרה אך ורק בהסתמך על ניסיונה הקודם בעבודות במרכז הרפואי אסף הרופא, בלי שהובא בחשבון השיקול של סבב מחזורי. להלן הפירוט:

1. הנדסת חשמל: ועדת המכרזים בחנה שלוש הצעות של מתכננים (חברות או מהנדסים). מהפרוטוקול עולה כי "כל המתכננים בעלי ניסיון ויכולת המתאימים לפרויקט... בעל המשרד, מכיר היטב את בית החולים וצרכיו מפרויקטים שביצע במוסד". בבדיקת משרד מבקר המדינה עלה כי חברת המהנדסים שנבחרה עסקה בתכנון של שלושה פרויקטים באסף הרופא בשנים 2010-2012 - הקמת מכון דימות (על ידי המרכז הרפואי), הרחבת מחלקת יולדות (על ידי קרן המחקרים) והקמת מרכז חינוכי שיקומי (על ידי המשרד).
2. הנדסת מיוזג אוויר: ועדת המכרזים בחנה שלוש הצעות של מתכננים (חברות). מהפרוטוקול עולה כי הסיבה לבחירת החברה הזוכה היא היות המתכנן "בעל ניסיון בתחום הפרויקט. בית החולים מעוניין בשרותיו על סמך היכרותו את המתכנן ויכולותיו". גם שתי החברות האחרות היו בעלות ניסיון ונמצאו מתאימות, אולם לא עברו בעבר באסף הרופא. בבדיקת משרד מבקר המדינה עלה כי החברה שנבחרה אכן עסקה בתכנון של שני פרויקטים במרכז הרפואי בשנים 2011-2012 - הקמת מכון הדימות והרחבת מחלקת יולדות.

157 סעיף 5(א) לתקנות.

158 הוראת תכ"מ (תקנון, כספים, משק) - התקשרות עם מתכננים, הוראה 7.10.2, מהדורה 02.

3. **תברואה - מים, ביוב והסקה :** ועדת המכרזים בחנה שלוש הצעות של מתכננים (חברות מהנדסים). מהפרוטוקול עולה כי "כל המתכננים בעלי ניסיון ויכולת המתאימים לפרויקט". הסיבה לבחירת אחד מהם: "מכיר היטב את בית החולים ואת הפרויקט המדובר ומקובל מאוד על בית החולים".

4. **קונסטרוקציה :** ועדת המכרזים בחנה שלוש הצעות של מתכננים. מהפרוטוקול עולה כי "כל המתכננים טובים. לבית החולים ניסיון מאוד טוב עם... ומבקש להעסיקו בפרויקט זה. המתכנן מכיר היטב את הצרכים של בית החולים ונותן שירות מקצועי ויעיל". בבדיקת משרד מבקר המדינה עלה כי החברה שנבחרה אכן עסקה בתכנון של שני פרויקטים במרכז הרפואי בשנים 2011-2012 - האחד בתחום התיירות הרפואית, והשני - הרחבת מחלקות יולדות.

סמנכ"ל המינהל לתכנון מסר למשרד מבקר המדינה ביולי 2012 כי המינהל מעדיף לבחור מתכננים בעלי היכרות מוקדמת עם בית החולים, וזה המדד העיקרי בבחירה. לדברי הסמנכ"ל, משרד הבריאות מקיים את דרישת הסבב המחזורי במסגרת כלל הפרויקטים שהוא מתכנן ומבצע. לדעת המשרד, התקנות אינן מחייבות שבבית חולים מסוים יתקיים סבב מחזורי לגבי כל נושא תכנוני - דהיינו בכל פעם יהיו מתכננים אחרים לפרויקט זה או אחר. יתרה מזו, המשרד סבור שיש במהלך כזה חסרונות ולא יתרונות, ושהוא פועל בהתאם לנאמר בתקנה 16(ה) לתקנות, שלפיה יש לפעול להשגת מרב היתרונות למקיים המכרז.

כלומר לדעתו של סמנכ"ל המינהל לתכנון, בבחירת מתכננים שונים לבתי החולים הממשלתיים השונים משרד הבריאות ממלא את החובה לקיים סבב מחזורי.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 כי יש בעייתיות רבה בבחירת מתכננים המתבססת בעיקר על היכרות מוקדמת, וכי ינחה את חשב משרד הבריאות החבר בוועדת המכרזים המשרדית לבסס את הבחירה על פרמטרים נוספים, כגון סבב מחזורי.

הכללית, שגם היא מנהלת מאגר מומחים להתקשרויות לפרויקטי בנייה, מסרה שהיא משתדלת לקיים סבב מחזורי בבחירת המומחים מן המאגר, אלא אם כן יש קשר ישיר בין המערכות בפרויקט החדש ובין פרויקט קודם, ויש יתרון ברור להתקשרות נוספת עם אותו מומחה.

יוצא אפוא שקיימת אי-בהירות בפרשנות חובת הסבב המחזורי - האם יש לקיימה בגישה המצמצמת ובראייה מערכתית, כפי שנוהג משרד הבריאות, או שמא חובה זו חלה על כל יחידת סמך של משרד הבריאות בנפרד; כמו כן, לא ברור האם יש להחליף את המומחים בכל פרויקט ופרויקט, והאם יש להביא בחשבון את גודלה של יחידת הסמך כשמחליטים אם יש צורך בסבב מחזורי.

לדעת משרד מבקר המדינה, אמנם היכרות מוקדמת ושביעות רצון מעבודת המתכנן הם שיקולים חשובים בבחירת מומחים, אולם מתן משקל מכריע לשיקול זה תוך התעלמות מעקרון הסבב המחזורי, עלול לפגוע בעקרון השוויון ולעתים אף עלול שלא לעלות בקנה אחד עם השאיפה לנהוג ביעילות וחסכון בכספי הציבור על ידי השגת מרב היתרונות למזמין. יש צורך למצוא את האיזון ביניהם ובין דרישת התקנות לבחור ככל האפשר בסבב מחזורי. מן הראוי כי משרד הבריאות, לאחר היוועצות במשרד המשפטים ובחשב הכללי יגבש הנחיות לעניין זה שיעלו בקנה אחד עם העקרונות העומדים בבסיס חוק חובת המכרזים, התשנ"ב-1992. במסגרת זו יש לבדוק את הטענה כי השימוש במגוון מתכננים בכלל בתי החולים הממשלתיים בארץ די בו לקיים את דרישת התקנות לבחירה בסבב מחזורי ככל הנחת; או שמא כדי למנוע משוא פנים בבחירת המתכננים יש להקפיד על סבב מחזורי גם בכל בית חולים בפני עצמו, כאשר הדבר אפשרי מהבחינה המקצועית.

פרויקט במרכז הרפואי הממשלתי זיו בצפת:

1. התקשרות שלא לפי סבב מחזורי ובלא התחשבות במידע קודם: התקנות¹⁵⁹ מפרטות את אמות המידה לבחירת ההצעה המעניקה את מרב היתרונות לעורך המכרז (יש להביא בחשבון את כולן או חלקן), ובהן: "(3) אמינותו של המציע, כישוריו, ניסיונו, מומחיותו ותחומי התמחותו; (4) המלצות אודות המציע, אם נדרשו לפי תנאי המכרז, ומידת שביעות הרצון מאופן ביצוע התקשרויות קודמות".

אמות מידה אלה מחייבות גם לגבי הליך בחירת מתכנן ממאגר¹⁶⁰, ולכן חשוב שהוועדה הממליצה תביא לפני כל הגורמים המחליטים על ההתקשרות מידע רלוונטי על מידת שביעות הרצון מהתקשרויות קודמות עם המתמודדים בהליך.

אגודת שוחרי בית החולים זיו פנתה למשרד מבקר המדינה ביולי 2011 בבקשה לבדוק היבטים הקשורים להליך בחירת משרד פיקוח לפרויקט במרכז הרפואי הממשלתי זיו בצפת שהחל בשנת 2009.

היקף ההתקשרות הצפויה היה קטן מ-1.5 מיליון ש"ח; התקשרות בהיקף כזה עם מתכנן, לרבות מפקח, פטורה מחובת המכרז, וההליך הקבוע בתקנות הוא כאמור בחירה ממאגר מתכננים.

נמצא כי בדומה לבחירת המומחים לפרויקט במרכז הרפואי הממשלתי אסף הרופא, גם במקרה זה, בגלל חוסר בהירות בפרשנות חובת הסבב המחזורי, נבחר לפרויקט משרד מפקח המשמש כמפקח בפרויקטים אחרים במרכז.

ועדת המכרזים המשרדית בוחרת את המתכנן לאחר שניתנה המלצת צוות תכנון שחבריו הם נציגי המינהל ונציגי בית החולים שבו יבוצע הפרויקט המתוכנן¹⁶¹.

נמצא כי ההמלצה לבחירת המשרד המפקח שהגיש צוות התכנון של המרכז הרפואי זיו באוגוסט 2009 לוועדה לבחירת מתכננים של משרד הבריאות¹⁶², לא כללה מידע על ליקויי בנייה שהתגלו בפרויקט קודם באותו בית חולים - פרויקט שפיקח עליו המועמד שנבחר¹⁶³. ההמלצה גם לא כללה מידע על תוצאות בירור שקיים משרד הבריאות כדי לברר על מי מוטלת האחריות לליקויים, בירור שעדיין נמשך כהליך משפטי מול הקבלן. בהמלצת הצוות צוין רק כי המשרד המפקח המומלץ "מגלה יכולת התמודדות טובה מול דרישות הקבלנים, המפקח בשטח בעל יכולת גבוהה".

לטענת המינהל לתכנון, המפקחת מטעם החברה ביצעה את תפקידה במסירות ובקפדנות ללא פשרות; עיקר הבעיות בפרויקט הקודם נגרמו מפעולותיו של הקבלן המבצע, ומשרד הבריאות אכן פתח בהליכים משפטיים נגדו בגין אותם ליקויים.

159 סעיף 22 לתקנות.

160 תקנה 5א(ב)(1) לתקנות.

161 את הצוות מקים בית החולים באישור המינהל לתכנון, וחברים בו המנהל האדמיניסטרטיבי של בית החולים, רכז הפרויקטים של בית החולים ואחד מרכזי הפרויקטים של המינהל לתכנון.

162 הוועדה בוחנת את המלצת הצוות וממליצה לוועדת המכרזים המשרדית אם לקבלה.

163 כאמור בהמשך, גם המינהל לתכנון מסכים כי בפרויקט הקודם היו ליקויי בנייה משמעותיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, בעת בחירת מתכננים ראוי להביא בחשבון מידע על ליקויים אפשריים בפרויקט שמתכנן במאגר היה מעורב בו, ומידע על תוצאות בירור הסיבה לליקויים במשרד הבריאות. היה ראוי להביא מידע חשוב זה לידיעת חברי הוועדה המשרדית לבחירת מתכננים, כדי שתוכל לקבל החלטה מושכלת המביאה בחשבון את מכלול השיקולים הרלוונטיים, ואשר תעניק את מרב היתרונות לבית החולים.

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012 שהצוות שהמליץ על בחירת מנהל הפרויקט ידע על ליקויי הבנייה בפרויקט, אך אלה לא נבעו מתפקודו של מנהל הפרויקט והמפקח.

משרד מבקר המדינה אינו מחווה דעה ומכריע בוויכוח המקצועי על הסיבות לליקויי הבנייה בפרויקט הקודם - אם נבעו גם מתפקוד לקוי של מנהל הפרויקט, אם לאו. אולם מן הראוי היה שבית החולים והמינהל לתכנון יכללו את דבר הוויכוח המקצועי בהמלצתם על בחירת המומחה.

2. התקשרות על בסיס הערכה שגויה של עלות פרויקט: לפי חוזה ההתקשרות בין המינהל לתכנון ובין אחד המומחים שנבחר לפרויקט, עלות הפרויקט נאמדה בכ-43 מיליון ש"ח. על פי חוזה ההתקשרות, ישולם שכר טרחה שאינו מצריך מכרז.

על פי חוזה ההתקשרות, אם יוגדל ערך הפרויקט ביוזמת המזמין (משרד הבריאות), במידה שהוכרה על ידי המזמין כמהותית, או יוארך משך ביצוע הפרויקט ביוזמת המזמין, ישלם המזמין תוספת לשכרו של המומחה על הפרויקט. שיעור התוספת ייקבע על ידי ראש המינהל לתכנון בהתחשב בתוספת התשומות. יצוין כי תקנות חובת המכרזים קובעות את הדרכים להרחבת התקשרויות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי סעיף מעין זה עלול להיות תמריץ שלילי להגדלת עלות הפרויקט, ועל כן הוא ממליץ לבחון אותו מחדש בחוזי התקשרויות עתידיים.

ממידע שמסר למשרד מבקר המדינה סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון באוקטובר 2011 עולה כי בגלל תוספת של כ-2,400 מ"ר לפרויקט האמור, ובגלל התייקרות של חומרי הגלם לבנייה מתחילת ייזום הפרויקט ועד פרסום המכרז, גדלה עלות הפרויקט לכ-83 מיליון ש"ח.

יש חשש שההערכה הראשונית של עלות הפרויקט, לא הביאה בחשבון שינויים ניכרים במפרט, אשר אילו הובאו בחשבון היו מעלים את ערך ההתקשרות אל מעבר לסף מתן הפטור ממכרז.

על משרד הבריאות לעשות בדיקה מקיפה בהתקשרויות עתידיות של מלוא ערך הפרויקט (לרבות תוספות אפשריות להגדלת הפרויקט עקב שינויים במפרט) ועל פי זאת להעריך את היקף החוזה; זאת כדי לקבוע אם ניתן לערוך את ההתקשרות בפטור ממכרז או לחלופין בדרך של פנייה לקבלת הצעות מתחרות (בהתאם להיקף ההתקשרות).



ראוי שהמאסדרים - משרד הבריאות, החשב הכללי ומשרד המשפטים - יקבעו אמות מידה ברורות לסוגיית הסבב המחזורי: האם יש לקיים חובה זו בגישה המצמצמת ובראייה מערכתית, כפי שנוהג משרד הבריאות, או שיש צורך לקבוע שיתקיים סבב מחזורי לכל יחידת סמך של משרד הבריאות בנפרד, ואם כן, האם יש צורך להחליף את המומחים בכל פרויקט ופרויקט.

עוד יש לשקול אם בקביעת אמות המידה יש להביא בחשבון את גודלה של יחידת הסמך ולקבוע שעבור מרכז רפואי גדול, שמתקיימים בו פרויקטים רבים, יתקיים סבב מחזורי נפרד, ואילו עבור מרכז רפואי קטן, שלא מתקיימים בו פרויקטים רבים, לא יתקיים סבב מחזורי נפרד.

על משרד הבריאות להקפיד על התקשרויות בתחום הבינוי בהתאם להערכה סבירה של עלות הפרויקט.

סיכום

שירותי בריאות - הן אשפוז בבתי החולים והן שירותים בקהילה, במרפאות קופות החולים - ניתנים בדרך כלל במתקנים רפואיים. לכן יש צורך בהקמת מבנים חדשים, וכן בתחזוקת אלה הקיימים. מערכת הבריאות משקיעה מדי שנה מעל מיליארד שקלים בבינוי ובתחזוקה.

בביקורת עלו ליקויים משמעותיים בבינוי ובתחזוקה של בתי החולים והמוסדות הממשלתיים, בין השאר בנושאים האלה: שימוש במבנים ישנים שאינם עומדים בדרישות של מחלקות אשפוז ויחידות מודרניות, למשל מבחינת הצפיפות המרבית; ליקויים במיגון מבנים ותשתיות; ליקויים בהיערכות לרעידות אדמה; ליקויים בסידורי בטיחות אש; ליקויים בתשתיות מערך העיקור ובאחסנת ציוד רפואי; ליקויים בעמידה בחוקים ובתקנות חדשים בנושאים חשמל, הגנת הסביבה ותברואה; שימוש במבנים ובתשתיות לפני קבלת כל האישורים הנדרשים.

הליקויים המשמעותיים בתשתיות בתי החולים והמוסדות הממשלתיים מביאים לאשפוז חולים בתנאים לא ראויים ובצפיפות שגורמת בין השאר להגברת התחלואה, לאשפוזים חוזרים ולפגיעה בכבוד החולה.

על המאסדר (הרגולטור) - משרד הבריאות - מוטלת האחריות לשמירה על תשתיות ראויות במוסדות בריאות הנפש הן במערכת האשפוז והן בקהילה, גם במהלך ביצוע הרפורמה המבנית והרפורמה הביטוחית. ראוי שהמשרד ישקול להעתיק במהירות המרבית אל בתי חולים כלליים מחלקות בבתי חולים פסיכיאטריים הזקוקות לשיפוץ נרחב, בייחוד מחלקות של ילדים ובני נוער - וזאת כדי לסייע בטשטוש התווית השלילית המוצמדת לסובלים ממצוקה נפשית, וכדי לשפר את היעילות הכלכלית. עם זאת על משרד הבריאות ובתי החולים הפסיכיאטריים לשמור על תשתיות ראויות גם במחלקות המיועדות לסגירה, למקרה שיוחלט להמשיך ולהפעילן.

על משרד הבריאות, נציבות שירות המדינה ובתי החולים לקבוע מפתחות תקינה לעובדי תחזוקה במערכת הבריאות הממשלתית. מן הראוי לקיים עבודת מטה כדי לקבוע אילו עבודות תחזוקה יש לבצע באמצעות קניית שירותי תחזוקה מחברות המתמחות בתחומים שונים, ואילו באמצעות עובדי המרכזים הרפואיים. עליהם לבחון גם איזו מדיניות תחזוקה - תחזוקת שבר או תחזוקה מונעת - עדיפה לכל סוג פעילות, ולקבוע קווים מנחים בנדון תוך לימוד שוטף ושיתוף הידע מניסיונם של כל המרכזים הרפואיים בארץ.

הפרויקטים בתחומי הבנייה והפיתוח הם פרויקטים ארוכי טווח. לצורך פיתוח מערכת הבריאות ראוי שמשרד הבריאות יכין תכנית אב לבינוי והצטיידות של כלל המערכת. התכנית צריכה להביא בחשבון את כל הצרכים העכשוויים והצפויים של המערכת, כדי שניתן יהיה אפשר לתקצבם, וכן לתקן את כל הליקויים המשמעותיים בתשתיות ולתת מענה לגידול הצפוי באוכלוסייה ולהזדקנותה.

הבעיה העיקרית בתחום הבינוי והתשתיות בבתי החולים היא מחסור בתקציבי פיתוח ותחזוקה. בהיעדר תקציבים, לא ניתן להדביק את הפערים המשמעותיים שבכירים במערכת הבריאות העריכו בכ-2.5 מיליארד ש"ח ושנוצרו במשך שנים רבות, על כל המשתמע מכך. על מקבלי ההחלטות מוטלת האחריות לשקול כבוד ראש, כחלק משיקולי סדרי העדיפויות הלאומיים, את הדרישות התקציביות על פני שנים ועל פי סדר עדיפויות - וזאת כדי להביא את התשתיות למצב סביר, כראוי למדינה מפותחת. הדבר חשוב במיוחד כאשר מדובר בדרישות הקשורות לבטיחות - יש לפעול מיד להשלמת הפערים בתחום זה.

בתי החולים הממשלתיים נאלצים להסתמך על מקורות שונים לבינוי ופיתוח למשל באמצעות תאגידי הבריאות ותרומות. מאחר שחלקם מתקשים במציאת מקורות עצמאיים, על משרדי הבריאות והאוצר לבחון את הדרכים לצמצום החלק היחסי הנדרש מבתי החולים במציאת מקורות כספיים.

על משרדי הבריאות והאוצר לקיים עבודת מטה נרחבת לבחינת מקורות תקציביים נוספים לפיתוח בתי החולים הממשלתיים. בין המקורות האפשריים: שינוי אופן התמחור של ימי אשפוז ושל פרוצדורות רפואיות, שבביקורת נמצא כי קיימת מחלוקת האם הובאו בהם בחשבון, כמקובל, מרכיב הוצאות פיתוח ותחזוקה; בחינת הקטנת ההנחות שבתי החולים הממשלתיים נותנים לקופות החולים על רכישת שירותיהם (תוך הבטחה שקופות החולים לא ייפגעו); מניעת כפל תשתיות במערכת הבריאות בין קופות החולים לבתי החולים, בין בתי החולים עצמם, ובין קופות החולים עצמן (תוך שמירה על עקרון התחרותיות); הקמת קרן מרכזית לתרומות עבור בינוי אליה ינווט אחוז מהתרומות שמגייסים המרכזים הגדולים לבתי חולים ומוסדות בפרט, אשר מתקשים בגיוס תרומות. מצב שבו הבינוי והפיתוח במערכת הבריאות הציבורית (בבתי החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית) נסמכים ברובם על תרומות, עלול להגדיל את הפערים בין בתי החולים הממשלתיים ושל הכללית ובין בתי החולים הפרטיים וליצור שתי מערכות בריאות שונות במדינה.

כדי לפעול מתוך ראייה לאומית כוללת של צורכי מערכת הבריאות, ראוי כי ועדת הפרויקטים תרחב ותהיה וועדת פרויקטים לאומית מורחבת, שבה חברים נציגי משרדי הבריאות והאוצר וגם נציגי קופות החולים. ועדה זו תדון בכל הפרויקטים הנוגעים למערכת הבריאות בישראל - בכלל זה פרויקטים של תוספת מיטות לבתי החולים הממשלתיים, הציבוריים והפרטיים ופרויקטים של בינוי בקהילה שמבצעות קופות החולים.

פיתוח ובינוי בקופות החולים

על קופות החולים להקפיד להגיש בכל שנה את תקציבי הפיתוח בזמן ובמתכונת שנקבעו בחוק. על משרדי הבריאות והאוצר להשתמש בתקציבים ככלי ניהולי לטובת מערכת הבריאות, ובין השאר לבחון את נחיצות הפרויקטים שמתכננות קופות החולים ולמנוע כפל תשתיות.

מן הראוי לבחון אם היה נכון לבטל את ההגבלה על תקציבי הפיתוח של הקופות, שנועדה למנוע מהן חוסר איזון תקציבי, כפל תשתיות בין קופות החולים ולהגביל את התחרות הפרועה שהייתה ביניהן בעבר.

על קופות החולים להקפיד על ניתוח הכדאיות הכלכלית של שכירות מקרקעין לעומת קנייתם לגבי כל פרויקט בינוי ופיתוח, ולהביא בחשבון את כל המגבלות החשבונאיות והרגולטוריות. על משרד הבריאות לפקח על קופות החולים כדי לוודא שהן עושות ניתוח כזה.

כדי להבטיח שקופות החולים יספקו שירותי בריאות במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, על משרדי הבריאות והפנים למצוא פתרון למצוקת הקרקעות המיועדות למרפאות בקהילה. בין השאר על ידי מכרזים סגורים בין הקופות לקרקעות ייעודיות לשימוש מרפאות. יש להתחשב בצורכי קופות החולים בהליכי התכנון והבנייה של ערים ושכונות חדשות.

בישראל עשרות אלפי אתרים שבהם עובדים רופאים, מרפאות ומטפלים, חלקם בדירות מגורים בבתים משותפים, בלי שעברו הליכי רישום ואישור בכל הקשור למקום הפעלת המרפאה, ובלי שניתן אישור לשימוש חריג במקרים שיש צורך בכך. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות, קופות החולים, משרד הפנים והרשויות המקומיות לתת את הדעת לנושא זה ולפעול לכך שכל המרפאות יפעלו באתרים כאשר קיימים לגביהם כל האישורים הנדרשים, וביניהם גם אישור לשימוש חורג כאשר יש צורך בכך. על קופות החולים לוודא לפני החתימה על כל חוזה התקשרות עם רופא עצמאי חדש, וכתנאי להתקשרות, את קיומם של האישורים הנדרשים.

יחידות משרד הבריאות

על משרד הבריאות לפעול מהר ככל הניתן לריכוז יחידותיו בתל אביב ולמצוא מקום חלופי ראוי בתל אביב למטה הרשות העליונה לאשפוז.

השפעת מצוקת התשתיות על הבריאות בישראל

אוכלוסיית מדינת ישראל מונה במועד סיכום הביקורת (ספטמבר 2012) כ-8 מיליון נפש. שיעור גידול האוכלוסייה בה גבוה - כ-1.8% בשנה - ותוחלת החיים עולה, ועמה מספר הקשישים. עקב התפתחות הרפואה, נדרשת הכנסת טכנולוגיות חדשות. התשתיות במערכת הבריאות רעועות בחלקן כבר כיום, ומוסדות הבריאות ומתקני הבריאות בפריפריה סובלים מחולשה כלכלית. כל אלה מחייבים את מקבלי ההחלטות במשרדי הבריאות והאוצר ואף את הממשלה כולה לפעול כדי להבטיח המשך מתן שירותי בריאות ראויים במתקנים הרפואיים, הן בקהילה והן במערכת האשפוז. על הפתרון להיות מערכתי ושוויוני, ואפשר שיחייב אף לשקול שינוי בסדרי העדיפויות של הפניית משאבים, צעדי התייעלות של בתי החולים ובחינה של הסוגיות המורכבות שפורטו לעיל. בחינה זו חיונית, כי המצב הקיים גובה מחיר רפואי וחברתי כבד מן הציבור - בעיקר בפריפריה - שאינו מקבל שירותי בריאות כתנאים ראויים.

על רקע הצפיפות, המולידה חשש להידבקות בזיהומים, מצב זה עלול להוליד גם להתחזקות יתר של הרפואה הפרטית על חשבון הציבורית. מאחר שבזו האחרונה (בבתי החולים הממשלתיים ושל הכללית) נסמכים הבינוי והפיתוח ברובם על תרומות, הם נתונים תדיר בסכנת צמצום, שכן היקף התרומות עלול להצטמצם. לעומת זאת יש תנופת פיתוח של מתקני הרפואה הפרטית ובתי החולים שבהם פועל שר"פ, שניזונים גם מכספים ציבוריים. יוצא שכושר התחרות של בתי החולים הממשלתיים ושל הכללית עם בתי חולים פרטיים מוגבל. הדבר עלול להגדיל את הפערים ביניהם, וקיים חשש שבתוך כמה שנים תרד במידה ניכרת רמת השירות והמלונאות בבתי החולים הממשלתיים ושל הכללית, והדבר עלול לפגוע בחולים. עם הירידה ברמת השירות תקטן ההכנסה של מוסדות הבריאות הממלכתיים ותגדל הדחיפה לרפואה פרטית, וחוזר חלילה.

ראוי שהמאסדרים - משרד הבריאות, החשב הכללי ומשרד המשפטים - יקבעו אמות מידה ברורות לחובת הסבב המחזורי. בין השאר עליהם לקבוע אם יש לנהוג בחובה זו בגישה המצמצמת, כפי שנוהג משרד הבריאות - סבב בין המרכזים הרפואיים - או שיש צורך לקבוע שיתקיים סבב מחזורי גם בתוך מרכז רפואי.

סוף דבר - על משרד הבריאות מוטלת אחריות לאומית להבטיח את הספקת שירותי הבריאות לכלל התושבים. לכן עליו, להביא לידיעת הממשלה והכנסת, באמצעות שר הבריאות, את מצבם הגרוע של הבינוי והתשתיות במערכת הבריאות. על מקבלי ההחלטות מוטלת האחריות לשקול בכובד ראש את הדרישות התקציביות ולמצוא מקורות תקציביים בפריסה על פני שנים ועל פי סדר עדיפויות, כדי להביא את התשתיות למצב הראוי למדינה מפותחת. זאת בעיקר בכל הנוגע לדרישות הקשורות לבטיחות; יש לפעול ללא שיהוי להשלמת הפערים בתחום זה.

