

**CECI**

Citizens' Empowerment Center in Israel  
A Government that works. For us.

המרכז להעצמת האזרח  
ממשל שעובד. בשבילנו.



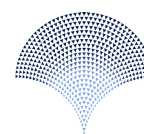
## **דו"ח מעקב**

---

**חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת  
מערך האשפוז הציבורי**  
על בסיס החלטת ממשלה 2917 של הממשלה ה-32  
מיום 27.2.2011

---

פברואר 2017



## אודות המרכז להעצמת האזרח **CECI**

המרכז הישראלי להעצמת האזרח הינו עמותה הפועלת בתחומי הממשל ועוסקת באפקטיביות המגזר הציבורי ויכולות הביצוע של הרשות המבצעת. המרכז מתמקד בתהליכי יישום מדיניות ובהיבטים שונים הקשורים לתפקוד הממשל ויכולתו לממש ולהוביל שינויים לטובת הציבור. במסגרת זו, מפעיל המרכז את מיזם "המוניטור" הכולל מעקב וניטור אזרחי אחר יישום החלטות ממשלה וחוקי כנסת והנגשתם לציבור.

"המוניטור" מסייע בהבנת תהליכי ממשל ויישום מדיניות באמצעות יצירת תשתית ידע רחבה, אמפירית ואינטגרטיבית של תהליכי יישום ההחלטות. מטרת "המוניטור" היא לקדם את שיוב עבודת הממשל בישראל ולהגביר את ההיכרות והמעורבות האזרחית בתחומי העשייה של המגזר הציבורי.

## **דו"ח מעקב**

---

**חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת**

**מערך האשפוז הציבורי**

על בסיס החלטת ממשלה 2917 של הממשלה ה-32

מיום 27.2.2011

---

פברואר 2017

דו"ח המעקב נכתב במסגרת פרויקט "המוניטור" של המרכז להעצמת האזרח

המבצע ניטור ומעקב אחר יישום החלטות ממשלה

הדו"ח נכתב ע"י דליה קאלינין ונטלי שבא, תחקירניות בפרויקט המוניטור,

ובהנחיית נועה רוזנפלד ואפרת בן-אברהם, מנהלות תחום ממשל

במרכז להעצמת האזרח



## מערכת הבריאות הציבורית בישראל

שיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש בישראל נמצא בירידה מסוף שנות ה-70. כך לדוגמא, בסוף שנת 2010 היה שיעור המיטות לכל 1,000 נפש על 1.91, לעומת 2.09 בסוף שנת 2005 ו-3.29 מיטות לכל 1,000 נפש בשנת 1977<sup>1</sup>. היות ותקני כוח האדם הרפואיים והסיעודיים בבתי החולים נקבעים על-פי מספר המיטות בתקן, המחסור במיטות אשפוז גוזר גם מחסור בכוח אדם.

תפוסת מיטות האשפוז היא מדד נפוץ לבחינת יכולתו של מערך האשפוז לספק את הצרכים הקיימים של האוכלוסייה. בעשורים האחרונים עולה התפוסה בהתמדה, ובשנת 2011 היא היתה 98%. בדו"ח מבקר המדינה לשנת 2010 התייחס המבקר לשיעורי התפוסה הגבוהים וציין כי החולים מאושפזים בתנאי צפיפות ומחוץ לחדרי האשפוז. בדו"ח נכתב כי "תנאי אשפוז אלו פוגעים בכבודם ובפרטיותם של החולים, וקיים שבכמה מקרים אף בבריאותם".

הגידול באוכלוסייה, השינוי בדפוסי התחלואה, ההתפתחויות הטכנולוגיות והמדעיות, יחד עם הגידול במספר הרופאים הפורשים לגמלאות, והירידה במספר הרופאים העולים לישראל, עתידים ליצור מחסור ממשי ברופאים, שרק מחריף את בעיית תנאי האשפוז הירודים. לכך יש להוסיף את המחסור הקיים<sup>2</sup> בכוח אדם סיעודי.

בשנת 2005 כתב משרד הבריאות את "תכנית אשפוז 2015", ובה נקבע כי עד לשנת 2015 יתווספו למערך האשפוז הכללי 3,646 מיטות אשפוז, ועוד כ-2,500 מיטות נוספות עד שנת 2025, אולם תכנית זו מעולם לא אומצה על-ידי הממשלה.

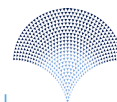
מצבה העגום של מערכת האשפוז בישראל השתקפה גם בדו"חות מבקר המדינה. בין החודשים ינואר לאוגוסט 2010 בדק משרד המבקר את המצב במחלקות האשפוז הפנימיות בבתי החולים הכלליים בישראל והצביע על אי ההלימה בין היקף הדרישות ממערך האשפוז הכללי ובין המשאבים הקיימים. בעקבות זאת, קרא מבקר המדינה ליצור תכנון ארוך טווח של מערך האשפוז הכללי בישראל.

בפברואר 2011 קיבלה הממשלה ה-32 החלטה ל'חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת מערך האשפוז הציבורי' (החלטה מס' 2917). האחראים ליישום החלטת הממשלה הם משרדי הבריאות והאוצר.

ההחלטה כוללת את הגדלת מספר מיטות האשפוז ומיטות המגורים הטיפוליים בבריאות הנפש, הרחבת כוח האדם בהתאם, הגדלת מכסת הסטודנטים לסייעוד והגדלת כמות מכשירי ה-MRI והמאיצים הקוים. ההחלטה שמה דגש על חיזוק הפריפריה, בין היתר באמצעות הקמת יחידה להפריה חוץ-גופית בבית החולים בנהריה, הגדלת הזמינות והנגישות לחיסונים לילדים בפזורה הבדואית ומתן הטבות לעידוד רופאים לעבודה בפריפריה.

נקבע כי ביצוע ההחלטה יתפרש על-פני כמה שנים. כך נקבעה כמות מיטות האשפוז שתתווספה מידי שנה, בין השנים 2011-2016, וכן הוסדר נושא פרסום מבחני התמיכה בקופות החולים לשנים 2011-2013 בעניין פיתוח תחליפי אשפוז בקהילה ומבחני תמיכה עבור עמידת קופות החולים ביעדי איכות טיפול באי ספיקת לב, שיקום ריאה ויעדי איכות טיפול אחרים להגברת הרפואה המונעת.

1 אלמנסי, א. ודבירוביץ, פ.ק. סוגיות בתחום הבריאות שנסקרו בדוחות מבקר המדינה. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע, 2014  
2 נתונים עדכניים על מצבת כח האדם במקצועות הבריאות ניתן למצוא בדו"ח הרשמי שמפרסם משרד הבריאות מדי שנה – "כח אדם במקצועות הבריאות". המחסור הוא בעיקר במקצועות הסיעוד, בדגש על אחיות בתי"ח. בדו"ח העדכני ביותר (דו"ח לשנת 2015, שפורסם בתאריך 25.12.2016) מצוין כי ממוצע שיעור האחיות המועסקות בשנים 2013-2015 היה 4.9 ל-1000 נפש – נתון מאוד לעומת הממוצע במדינות ה-OECD, העומד על 9.5. חוות דעת אישיות ורשמים ביקורתיים של ד"ר יצחק ברלוביץ', מנהל ביה"ח וולפסון, וד"ר שושי גולדברג, מנהלת מערך הסיעוד בביה"ח שיבא, ניתן לקרוא בכתבת וואלה! שפורסמה תחת הכותרת "מחסור באחיות בבתי החולים: אין מי שייקח מאושפזים לשירותים" בתאריך 4.2.2016.



## פירוט מרכיבי ההחלטה וסטטוס יישומם

### 1. שיפור מערך האשפוז

חלקה הראשון של החלטת הממשלה מורה על כמה צעדים שמטרתם שיפור מערך האשפוז בבתי החולים הציבוריים הכלליים בישראל. במסגרת זאת נקבע:

#### 1.1 הקצאת מיטות נוספות לאשפוז:

החלטת הממשלה קובעת כי יוגדל מספרן של מיטות האשפוז בבתי החולים באופן הבא:

(א) תוספת של 160 מיטות אשפוז כללי בשנה, בכל אחת מהשנים 2011 עד 2016 (סה"כ: 960 מיטות), מתוכן לפחות כ-80 מיטות בשנה למחלקות יולדות ופגים. החלטת הממשלה מוסיפה כי שר הבריאות רשאי להחליט על חלוקה שונה ובלבד שבכל שנה תתווספנה בין 160 ל-190 מיטות בסך הכל, ושסך התוספת לא תעלה על 960 מיטות.

#### סטטוס: יושם חלקית.

תוספת המיטות הכוללת בין השנים 2011-2016 היתה 910 מיטות. 50 המיטות החסרות ביחס לתוספת הכללית הן מיטות בבית"ח סורוקה. על פי גורמים במשרד הבריאות, הסיבה לכך היתה אי השלמת הבינוי בבית החולים. ברקע הדברים ניצבת מחלוקת בין קופת חולים כללית לבין משרד הבריאות. הקופה ככל הנראה אינה מעוניינת בהשלמת ההקצאה של המיטות החסרות, כדי שלא להידרש לתוספת כוח האדם וההוצאות שהיא גוררת איתה.

(ב) תוספת תקינת כוח אדם ביחס למיטות:

החלטת הממשלה קבעה תוספת לתקינת כוח האדם בבתי החולים באופן יחסי לתוספת המיטות (היחס הנדרש צריך היה להיקבע על ידי משרדי הבריאות והאוצר):

#### סטטוס: יושם.

בהסכם הקיבוצי עם ההסתדרות הרפואית בישראל, שנחתם ב־25.08.2011, ניתנה לבתי החולים הציבוריים תוספת של 1,050 תקנים<sup>3</sup> הכוללת את כל תוספות התקנים שניתנו ויינתנו לרופאים במהלך תקופת ההסכם עד אוגוסט 2015. ההסכם קבע כי: "בתקופת ההסכם יוקצו 1,000 תקנים נוספים לבתי החולים הציבוריים. מובהר כי מכסת התקנים האמורה לעיל, כוללת את כל תוספות התקנים שניתנו ושתינתנה לרופאים במהלך תקופת ההסכם, לרבות תוספת התקנים בבתי החולים הממשלתיים עליהם החליטה הממשלה בהחלטה מספר 2917 מיום 27 לפברואר 2011, לרבות השפעותיה של החלטה זו על המעסיקים הציבוריים, ולמעט תקני רופאים שיתווספו בעקבות תוספת מיטות אשפוז בבתי חולים שיתווספו בתקופת ההסכם".<sup>4</sup>

בשנת 2016 הגישה ההסתדרות הרפואית לבית הדין האזורי לעבודה בקשת צד בסכסוך קיבוצי בטענה כי על המדינה להקצות תקנים נוספים אך בפועל הקצאת 1,000 התקנים בהתאם להחלטת הממשלה בוצעה.

#### 1.2 חיזוק מערך האשפוז בפריפריה:

החלטת הממשלה קבעה כי הקצאת תוספת המיטות בהחלטה תיעשה תוך מתן עדיפות לבתי חולים בפריפריה, בהתייחס למספר מיטות האשפוז הכללי לנפש בכל אזור, בהתחשב בעקרון כי חלקן של סך המיטות שהוקצו לפריפריה מתוך סך המיטות שנוספו שבהחלטה יהיה כפול מחלקן של סך המיטות באזורי הפריפריה מתוך סך כל המיטות בשנת 2010.

3 בהמשך נוספו עוד 50 תקנים בהסכם צד, כנגד הויכוח (המתוקשר) בעניין משך המשמרות.

4 ס"ק (ת"א) 15-11-23635 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 16.07.2016)

### סטטוס: יושם חלקית.

השוואה לנתוני משרד הבריאות משנת 2010<sup>5</sup> מעידה כי סך מיטות האשפוז במחוזות צפון ודרום היה, בזמנו, כ־9,500 מיטות מתוך סך של 42,000 מיטות בפריסה ארצית, דהיינו כ־22.5%. על פי ההחלטה, אם כן, שיעור תוספת המיטות היה צריכה להתבצע בשיעור כפול, ולהיות 45%.

בפועל, בין השנים 2011-2016 נוספו 182 מיטות אשפוז במחוז צפון וחיפה, ו־80 מיטות במחוז דרום. מבין המיטות שנוספו למחלקות לטיפול מיוחד ביילוד, העלייה הניכרת ביותר הייתה במחוז צפון עם תוספת של 38 מיטות, ואילו התוספת הקטנה ביותר הייתה במחוז דרום עם 5 מיטות בלבד. לעניין התחשיב היחסי, ממשרד הבריאות נמסרו נתונים לפיהם תוספת המיטות בפילוח למחוזות, כפי שבוצעה בשנים 2014-2016, כללה הגדלה של מספר המיטות בצפון ב־15% ובדרום ב־19%, לעומת תוספות של 22% במרכז, 22% בתל אביב, 12% בחיפה ו־10% בירושלים. כלומר, אחוז המיטות בפריפריה היה קרוב לכ־33% מסך כל המיטות הארצי, המהווה שיפור ביחס למצב ב־2010, אך לא הוכפל שיעור התוספת כפי שהוגדר בהחלטת הממשלה.

### 1.3 התאמות בתעריפי האשפוז:

ההחלטה מורה על הקמת צוות בהשתתפות נציגי משרד הבריאות, משרד האוצר והמוסד לביטוח לאומי, שימליץ על ביצוע התאמות בתעריפי האשפוז ליולדת ופג ובהוצאות הריאליות לאשפוז יולדות ופגים.

### סטטוס: יושם.

הוקמה ועדה שבעקבותיה נגזר חוזר המלצות לטיפול בפג וביילוד 52/2013 ובהמשך לכך נוסד "מודל הכוכבים" לפגיות. על־פי מודל זה ניתן תקצוב תוספתי מעבר לתשלום בגין הפג לפגיות ("מענק פג"), שעומדות בקריטריונים מסוימים המצוינים בחוזר. המודל מעודד תחרות בין בתי החולים כאשר זה שישקיע את הסכומים הגבוהים ביותר בפגייה יקבל את המענקים המוגדלים. התשלום שנקבע הוא מענק כפול עבור לידת פג בחמשת הפגיות המצטיינות, מענק ומחצית בפגיות עד החציון ומענק בודד בפגיות שהראו שיפור מעל הממוצע. גובה המענק משתנה בהתאם לסכום התמריץ לאותה השנה ומספר הפגים הזכאים, ומתווסף למענק הפג הרגיל.

### 1.4 התאמות בחוק ההסדרים בנוגע לתקרות הצריכה של קופות החולים בבתי החולים:

ההחלטה מנחה את השרים לשקול ביצוע של התאמות בתיקוני החקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית של חוק ההסדרים, בעניין תקרות הצריכה של קופות החולים בבתי החולים. מטרת המהלך היא לשפר את שיטת ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים.

### סטטוס: יושם.

הצורך לביצוע התאמות בנוגע לתקרות הצריכה של קופות החולים נבחן מספר פעמים בממשלה ובכנסת. כפועל יוצא, נבחנו מספר צעדים לשיטת ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים וננקטו צעדים שונים כבר לקראת תחילת שנת 2011.<sup>6</sup> לאחרונה, באוגוסט 2016, אף התקבלה החלטת ממשלה אודות "קביעת כללי ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים לשנים 2017-2019"<sup>7</sup> - בה הוגדרה הוראת שעה המנחה קביעת תקרות ורצפות צריכה פרטניות ברוטו במחיר מלא לקופות החולים השונות.

5 מתוך הפרסום "מיטות אשפוז ועמדות ברישוי" שהופק ע"י תחום מידע של משרד הבריאות בחודש ינואר, 2010.

6 כך על־פי תשובת משרד הבריאות ומשרד האוצר מחודש דצמבר 2010, למול שאלת מבקר המדינה, כפי שפורסם בדו"ח המבקר השנתי 61 משנת 2011 תחת הפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים"

7 החלטת ממשלה מס' 1871, מתאריך ה־11.08.2016.

## 1.5 דיווח שר הבריאות בפני הממשלה:

ההחלטה קבעה כי עד לתחילת יוני 2011 ימסור שר הבריאות דיווח אודות יישום הצעדים המנהליים ותיקוני המחירים שיגובשו בהסכמת משרד האוצר, להפחתת עומסי אשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים.

**סטטוס:** יושם חלקית.

לצד העובדה כי התקיימו בשנים האחרונות מהלכי תמחור שהורידו את מספר ימי האשפוז בפעולות שתומחרו מחדש, והשפיעו בעיקר על המחלקות הכירורגיות – לא התקיים דיון ייעודי בממשלה בו דיווח שר הבריאות על יישום צעדים מנהליים כפי שמורה החלטת הממשלה.

## 1.6 פרסום מבחני תמיכה בקופות החולים:

בהמשך להחלטת ממשלה קודמת<sup>8</sup> משנת 2010 – מנחה ההחלטה את שר הבריאות לפרסם מבחני תמיכה בקופות החולים לשנים 2011-2013 בנושא פיתוח תחליפי אשפוז בקהילה בסכום של 40 מיליון ₪ בשנה, ומבחני תמיכה בסכום של 35 מיליון ₪ בשנה עבור עמידת קופות החולים ביעדי איכות טיפול באי ספיקת לב, שיקום ריאה ויעדי איכות טיפול אחרים להגברת הרפואה המונעת. כל אלו היו צריכים להתפרסם עד לתאריך ה-14 באפריל 2011.

**סטטוס:** יושם.

מבחני התמיכה לנושאים הללו פורסמו במבחן נפרד, אך לטענת משרד הבריאות הם לא השיגו את מטרותם כיוון שלא ניחנה ירידה בשיעור האישפוזים.

## 2. הגדלת כוח האדם בשירות מערכת הבריאות

החלטת הממשלה קבעה כי יתווספו לבסיס תקציב משרד הבריאות בכל אחת מהשנים 2011-2012, 80 תקני כוח אדם עבור רופאים בבתי חולים ממשלתיים. תוספת התקנים תהיה מלווה בתוספת תקציבית באופן שייקבע על-ידי המשרדים תוך עדיפות לבתי חולים באזורי הפריפריה ובהתייחס לשיעור הרופאים לנפש בכל אזור. בהקשר זה, ציינה החלטת הממשלה את כוונת משרדי האוצר והבריאות לפנות לוועדה לתכנון ולתקצוב של המועצה להשכלה גבוהה בבקשה להגדיל את מכסת הסטודנטים לסייעוד בבתי הספר האקדמיים לסייעוד ב-185 מכסות, על בסיס תוספת מכסות.

**סטטוס:** יושם.

כאמור, תוספת התקנים נכללה במסגרת אותם 1,000 תקנים שנכללו בהסכם הרופאים באוגוסט 2011. לגבי מכסות ייעודיות לתחום הסייעוד נמצא כי אכן נוספו במכללות מכסות ומספר הסטודנטים בשנים האחרונות גדל בצורה משמעותית, עד למעל 2,000 סטודנטים בשנת הלימודים תשע"ה. בנוסף, הוכפל מספר המוסדות המכשירים בתחום. התכנית הורכבה עד לשנת הלימודים תשע"ח מתוך מטרה להשגת היעדים שנקבעו במשרד הבריאות ובהתאם ליעדים המקובלים במדינות ה-OECD.

## 3. המשך עבודת המטה לתכנון כח האדם בשירות מערכת הבריאות לטווח הארוך

החלטת הממשלה מנחה כי תימשך עבודת המטה על תכנון כוח האדם במערכת הבריאות, לרבות כוח אדם רפואי וסיעודי לטווח הארוך.



**סטטוס:** יושם.

במסגרת עבודת המטה, ממשיך משרד הבריאות בעבודת איסוף המידע, המחקר וההערכה לצורך תכנון כוח האדם במערכת הבריאות. במסגרת זאת פרסם המשרד מדי שנה, עד לשנת 2014, חוברת בשם "כוח אדם במקצועות הבריאות"<sup>9</sup> אשר מטרתה "לסייע למקבלי ההחלטות וחוקרים בתכנון כוח האדם במקצועות הבריאות בישראל".

#### **4. הוספת 100 מיטות מגורים טיפוליים בבריאות הנפש**

החלטת הממשלה מנחה את משרדי הבריאות והאוצר לפעול להוספת 100 מיטות מגורים טיפוליים בבריאות הנפש בחלוקת מימון שווה בין המשרדים.

**סטטוס:** לא יושם.

לא נוספו מיטות מגורים טיפוליים כפי שנקבע בהחלטה, אף שנעשו פתרונות טיפוליים אחרים כגון הרחבת השירותים בקהילה במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש.

#### **5. מכשור רפואי מיוחד**

החלטת הממשלה מורה לתקן את התוספת לתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד 1994, באופן שמספר מכשירי ה-MRI יעמוד על 21, וכן להוסיף 8 מאיצים קוויים (המשמשים להקרנות לחולי סרטן).

**סטטוס:** יושם.

התיקון בחוק עבר. בשנת 2015 פעלו בישראל 20 מכשירי MRI. 16 מכשירים קבועים ועוד 4 מכשירים ניידים בחלוקה לפי אזורים. כיום, מכשיר אחד משרת את המוסדות הרפואיים במחוזות מרכז ודרום (בתי החולים מאיר, קפלן, וולפסון, מעייני הישועה), מכשיר אחד משרת את המוסדות רפואיים במחוז צפון (רבקה זיו, פורייה, הקריון, הלל יפה, בני ציון), מכשיר אחד משרת את בתי החולים העמק וסנט וינסנט, ומכשיר אחד משרת את המרכזים הרפואיים של אסותא בית חולים יוספטל ובבאר שבע, אשדוד ודימונה. בהקשר להוראה זו נרשמה בהחלטת הממשלה הודעת שר הבריאות כי חמישה מתוך מכשירי ה-MRI שיתווספו יוקצו לאזורי הפריפריה. מבדיקת המוניטור עולה כי גם יעד זה יושם, וכי בשנת 2015 פעלו בישראל 6 מכשירי MRI באזורי פריפריה בחלוקה של 2 מכשירים באזור הצפון, 2 מכשירים באזור חיפה ו-2 מכשירים באזור הדרום. בנוגע למאיצים קוויים, נוספו 6 לבתי חולים בפריפריה.

#### **6. הוספת יחידה בצפון להפריה חוץ-גופית**

החלטת הממשלה מנחה את משרדי האוצר והבריאות להוסיף יחידה להפריה חוץ-גופית בבית החולים הגליל המערבי בנהריה, בהתאם לאמור בהחלטת ממשלה משנת 2006.<sup>10</sup>

**סטטוס:** יושם.

בשנת 2013 החלה לפעול יחידה להפריה חוץ-גופית בבית החולים בנהריה.

9 את כלל סדרת הפרסומים "כוח אדם במקצועות הבריאות" ניתן למצוא באתר משרד הבריאות בכתובת: <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/info/Pages/manpower.aspx>

10 מדובר בהחלטת הממשלה מס' 470 מיום 12 בספטמבר 2006.

## 7. עידוד עתיד מקצועות הרפואה המצויים במחסור

החלטת הממשלה מנחה כי במסגרת המשא ומתן עם ההסתדרות הרפואית יושם דגש על עידוד בחירה והתמחות במקצועות הנמצאים במחסור וכן עידוד רופאים לעבוד באזורי פריפריה ותורניות ומשמרות שיאישו ע"י רופאים מומחים.

**סטטוס:** יושם.

בנספח להסכם הקיבוצי עם ההסתדרות הרפואית מיום 25.8.11 נקבע כי רופאים המועסקים במקצועות במצוקה או בפריפריה יהיו זכאים להגיש בקשה לקבלת מענק. מאז חולקו מאות מענקים כאמור. כך, בהסכם הרופאים הוקצו כ-620 מיליון ₪ בפריסה רב שנתית כמענק לרופאים במקצועות מצוקה ובפריפריה. הסכום מוצה בשנת 2014, והוחלט על תוספת תקציב בסך 75 מיליון ₪ לעידוד התמחות.

## 8. תכנית לעידוד התמחות בפריפריה

החלטת הממשלה קובעת כי על שר הבריאות להגיש תוך 90 יום תכנית הכוללת פעולות מנהליות לעידוד ההתמחות בפריפריה.

**סטטוס:** יושם חלקית

לא נכתבה תכנית כוללת כנדרש אך ניתנו מענקי פריפריה ומענקים מוגדלים למקצועות מצוקה בפריפריה במסגרת הסעיף הקודם.

## 9. תיקון פקודת בריאות העם:

החלטת הממשלה מטילה לתקן את פקודת בריאות העם – 1940, כך שבאישור שירותים רפואיים הכלולים בפקודה יבואו בחשבון גם שיקולים של הוצאה לאומית לבריאות, בנוסף לשיקולים הקבועים בה כיום.

**סטטוס:** לא יושם.

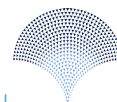
## 10. הקמת צוות לבחינת מטרות המשך:

החלטת הממשלה מנחה את משרדי האוצר והבריאות להקים צוות שיגבש תוך 60 יום המלצות בנושא ביצוע שינויים בתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות) התשס"ב-2002, ובנוגע לאפשרויות העסקת רופאים בפעילות מחוץ לשעות העבודה ובלבד שזו תביא להגדלה של תפוקות בית החולים וצמצום תורים.


**סטטוס:** לא יושם. לא הוקם צוות כאמור.

## טבלה מסכמת: מרכיבי ההחלטה וסטטוס יישומם

יישום	סטטוס	מרכיב בהחלטה	
<input checked="" type="checkbox"/> יושם חלקית	50	תוספת המיטות המספרית בוצעה, למעט כ-50 מתוך 125 המיטות שהוקצו לביה"ח סורוקה, בשל אי השלמת בינוי.	1.1
<input checked="" type="checkbox"/> יושם	עם	בוצע במסגרת ההסכם הקיבוצי שנחתם עם ההסתדרות הרפואית ב-25.8.2011, ובמסגרתו ניתנה לבתי החולים הציבוריים תוספת של 1,000 תקנים הכוללת את כל תוספות התקנים שניתנו ויינתנו לרופאים עד אוגוסט 2015.	(א) תוספת של 160 מיטות אשפוז כללי בשנה, בכל אחת מהשנים 2011 עד 2016 (סה"כ: 960 מיטות)
<input checked="" type="checkbox"/> יושם חלקית	השתפר	ביחס ליחס המיטות המקורי משנת 2010, אך שיעור ההקצאה לא הוכפל כפי שהוגדר בהחלטת הממשלה.	1.2
<input checked="" type="checkbox"/> יושם	הוקמה ועדה	שבעקבותיה נוסד מודל הכוכבים לפגיות, לפיו ניתן תקצוב תוספתי מעבר לתשלום בגין הפג לפגיות שהפיגו מצוינות.	1.3
<input checked="" type="checkbox"/> יושם	הצורך לביצוע	התאמות בנוגע לתקרות הצריכה של קופות החולים נבחן וננקטו צעדים בעניין כבר בשנת 2011. באוגוסט 2016 התקבלה החלטת ממשלה ל"קביעת כללי ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים לשנים 2017-2019".	1.4
<input checked="" type="checkbox"/> יושם חלקית	לא התקיים	דיון ייעודי בממשלה. בעניין תיקוני המחירים התקיימו בשנים האחרונות מהלכי תמחור נרחבים שהורידו את מספר ימי האשפוז בפעולות שתומחרו מחדש.	1.5
<input checked="" type="checkbox"/> יושם	פורסמו	מבחני תמיכה לנושאים הללו במבחנים נפרדים.	1.6
		בנושא פיתוח תחליפי אשפוז בקהילה בסכום של 40 מיליון ₪ בשנה, ומבחני תמיכה בסכום של 35 מיליון ₪ בשנה עבור עמידת קופות החולים ביעדי איכות טיפול באי ספיקת לב, שיקום ריאה ויעדי איכות טיפול אחרים להגברת הרפואה המונעת.	



יישום	סטטוס	מרכיב בהחלטה	
<input checked="" type="checkbox"/> ישם	לאחר החלטת הממשלה, במסגרת ההסכם עם הרופאים מאוגוסט 2011, הוסכם כי תקנים אלה יכללו במסגרת 1000 התקנים של הסכם הרופאים.	הגדלת כוח האדם בשירות מערכת הבריאות: החלטת הממשלה קובעת כי יתווספו לבסיס תקציב משרד הבריאות בכל אחת מהשנים 2011-2012, 80 תקני כוח אדם עבור רופאים בבתי חולים ממשלתיים. תוספת התקנים תהיה מלווה בתוספת תקציבית באופן שייקבע על ידי המשרדים תוך מתן עדיפות לבתי חולים באזורי הפריפריה ובהתייחס לשיעור הרופאים לנפש בכל אזור.	2.
<input checked="" type="checkbox"/> ישם	משרד הבריאות עוסק בעבודת איסוף המידע, המחקר וההערכה לצורך תכנון כוח אדם במערכת הבריאות. במסגרת זאת ניפק מדי שנה (עד לשנת 2014) פרסום בשם "כוח אדם במקצועות הבריאות".	המשך עבודת המטה לתכנון כוח האדם בשירות מערכת הבריאות לשווה הארוך.	3.
<input type="checkbox"/> לא ישם	לא נוספו מיטות מגורים טיפוליים כפי שנקבע בהחלטה.	הוספת 100 מיטות מגורים טיפוליים בבריאות הנפש בחלוקת מימון שווה בין המשרדים.	4.
<input checked="" type="checkbox"/> ישם	התיקון בחוק עבר. בשנת 2015 פעלו בישראל 20 מכשירי MRI. 16 מכשירים קבועים ועוד 4 מכשירים ניידים בחלוקה לפי אזורים. נוספו 6 מאיצים קוויים.	מכשור רפואי מיוחד – לתקן את התוספת לתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד 1994 באופן שמספר מכשירי ה-MRI יעמוד על 21, וכן להוסיף 8 מאיצים קוויים.	5.
<input checked="" type="checkbox"/> ישם	בשנת 2013 החלה לפעול בביה"ח בנהריה יחידה להפריה חוץ גופית.	הוספת יחידה להפריה חוץ גופית בבית החולים הגליל המערבי שבנהריה.	6.
<input checked="" type="checkbox"/> ישם	בנספח להסכם הקיבוצי עם ההסתדרות מאוגוסט 2011 נקבע כי רופאים המועסקים במקצועות במצוקה או בפריפריה יהיו זכאים להגיש בקשה לקבלת מענקים במקצועות מצוקה ובפריפריה. הסעיף תוקצב ב־620 מיליון ₪ ומוצה בשנת 2014. בהמשך, הוחלט על תוספת תקציב בסך 75 מיליון ₪ לעידוד התמחות.	עידוד עתיד מקצועות הרפואה המצויים במחסור: וכן עידוד רופאים לעבוד באזורי פריפריה ותורניות ומשמרות שיאוישו על ידי רופאים מומחים.	7.
<input checked="" type="checkbox"/> ישם חלקית	תכנית לא הוגשה אך ניתנו מענקי פריפריה ומענקים מוגדלים למקצועות מצוקה בפריפריה במסגרת הסעיף הקודם.	שר הבריאות יגיש תוך 3 חודשים תכנית הכוללת פעולות מנהליות לעידוד ההתמחות בפריפריה.	8.
<input type="checkbox"/> לא ישם	לא תוקן.	תיקון פקודת בריאות העם – 1940, כך שיכללו בה שיקולים של הוצאה לאומית לבריאות.	9.

יישום	סטטוס	מרכיב בהחלטה	
<p></p> <p>לא יושם</p>	<p>הצוות לא הוקם.</p>	<p>הקמת צוות לגיבוש המלצות בנושא ביצוע שינויים בתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות) התשס"ב-2002, ובנוגע לאפשרויות העסקת רופאים בפעילות מחוץ לשעות העבודה ובלבד שזו תביא להגדלה של תפוקות בית החולים וצמצום תורים. הגשת ההמלצות תוך חודשיים.</p>	<p>10.</p>

## מסקנות ותובנות ממצאי הדו"ח:

### 1. מרכזיותו של הסכם הרופאים משנת 2011 ליישום ההחלטה:

חודשים ספורים לאחר שהתקבלה החלטת הממשלה נחתם הסכם מקיף בין המדינה לבין הסתדרות הרופאים, לאחר מאבק ציבורי ממושך ומתוקשר. ההסכם שנחתם מתייחס להחלטת הממשלה, לרבות נושא תוספת התקנים והמיטות, וכן בנושא עידוד ותמרוץ עבודת רופאים בפריפריה. עיגון מרכיבים אלה באמצעות הסכם קיבוצי מחזק באופן משמעותי את המחויבות הממשלתית ליישום ההחלטה, הן בהיבט הציבורי-פוליטי והן בהיבט המשפטי. נראה כי הסיבה העיקרית לשיעורי היישום הגבוהים של החלטת ממשלה זו נעוצים בקיומו של הסכם קיבוצי מחייב.

### 2. ריבוי ושונות בין מרכיבים בהחלטת הממשלה:

ההחלטה מקיפה תחומי פעולה רבים הנוגעים למערכת הבריאות (מיטות, תקנים, חיזוק פריפריה, פגיות, בריאות הנפש, יחסי הרפואה הפרטית והציבורית, צמצום תורים ועוד). לחלק מהמרכיבים יש התייחסות קונקרטית ומפורטת בהחלטה, בעוד שלמרכיבים אחרים – ההתייחסות כללית ומצריכה עבודת מטה וגיבוש מדיניות עתידית. גם בהקשר זה ניתן לראות כי הסעיפים המפורטים יותר "תורגמו" בהמשך לסעיפים בהסכם הקיבוצי, בעוד שהמרכיבים הכלליים יותר, שלא נכללו בהסכם, התאפיינו ביישום נמוך. בדומה להחלטות ממשלה אחרות נראה כי גם כאן סעיפים מפורטים ו"מבושלים" יותר הם בעלי סיכוי גבוה יותר למימוש.

### 3. מהלכים ממשלתיים מקבילים בתחום הבריאות:

בשנים שעברו מאז החלטת הממשלה הוקמו וגובשו במקביל מנגנונים נוספים לגיבוש מדיניות בתחום הבריאות (כגון ועדת גרמן, הרפורמה בבריאות הנפש, צעדים ממשלתיים אחרים לחיזוק הנגב והגליל שכללו פרקי בריאות ועוד). על כן יש לראות את החלטת הממשלה כחלק ממארג מדיניות דינאמי הנמצא בשינוי מתמיד. נקודה זו מחלישה את מקומה של החלטת הממשלה כאבן דרך בלעדית ומרכזית לחיזוק הרפואה הציבורית, ובהיבטים מסוימים אף הפכה חלקים ממנה ללא רלוונטיים. ריבוי המנגנונים לגיבוש מדיניות בתחום הבריאות מקשה על יצירת "רצף מדיניות" ברור, בעיקר בתחום השירותים החברתיים, ולא פחות חשוב מכך גם ביכולת לקיים פיקוח ציבורי אחר תהליכים אלה.

### 4. משרד הבריאות כשחקן יחיד בהחלטת הממשלה:

במקרים רבים, החלטות ממשלה בסדרי גודל מקיפים שכאלה כוללות מספר רב של משרדים, ומייצרות קושי בהיבטי תכלול ותיאום. בהחלטת ממשלה זו מצויים כל מרכיבי הפעולה בתחום הבריאות, ההחלטה משילה את ההובלה הבלעדית על משרד הבריאות, על בסיס סיכום תקציבי מקדים עם משרד האוצר. במידה רבה, הבלעדיות של משרד הבריאות כשחקן מוביל היא מפתח להשגת שיעורי יישום גבוהים, ולעמידה ביעדי ההחלטה. נראה כי במקרה זה, גם על רקע החתימה על ההסכם הקיבוצי, היה המשרד בעמדה טובה ומחייבת למימוש ההחלטה, ועל כן שיעורי היישום בה מוצלחים באופן יחסי.



